

RICARDO LUIS SOARES

**O ENSINO DE PSIQUIATRIA NO CURSO DE MEDICINA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ:
UMA ANÁLISE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação em Educação, do Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Maria Cecília Marins de Oliveira.

CURITIBA
1999

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. Osmar Ratzke, Chefe do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria,
por possibilitar o acesso aos documentos investigados.

À Senhora Rode Berenice Maciel Batista, secretária do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria,
pelo auxílio na busca da documentação utilizada.

À Professora Dr^a. Maria Cecília Marins de Oliveira,
pela confiança e orientação.

À Maria Tereza Carneiro Soares, esposa e companheira,
pelo apoio e incentivo.

À estes, meu sincero agradecimento.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS..... iv

RESUMO..... v

ABSTRACT..... vi

1 INTRODUÇÃO..... 1

2 HISTÓRICO DA PSIQUIATRIA E DE SEU ENSINO NO BRASIL E NA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ..... 14

2.1 A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA..... 14

2.2 OS PRIMÓRDIOS DA PSIQUIATRIA E DE SEU ENSINO NO BRASIL.. 18

2.3 O ENSINO DE PSIQUIATRIA NO CURSO DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ..... 21

3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO ENSINO/APRENDIZAGEM. 27

4 CARACTERIZAÇÃO DO CORPO DOCENTE E DAS DISCIPLINAS DA
ÁREA DE PSIQUIATRIA NA UFPR..... 32

5 CARACTERIZAÇÃO DO PLANO DE ENSINO E O ENSINO DE
PSIQUIATRIA NO CURSO DE MEDICINA DA UFPR..... 46

5.1 OBJETIVOS DO ENSINO..... 49

5.2 CONTEÚDO MINISTRADO..... 58

5.3 ESTRATÉGIAS DE ENSINO..... 65

5.4 ESTRATÉGIAS E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO..... 83

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 92

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABP** - Aprendizagem Baseada em Problema
- CID** - Classificação Internacional das Doenças
- DSM** - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
- HCPA** - Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- PBL** - *Problem Based Learning*
- UFMG** - Universidade Federal de Minas Gerais
- UFPR** - Universidade Federal do Paraná
- UFRGS** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- UFRJ** - Universidade Federal do Rio de Janeiro
- USP** - Universidade de São Paulo

RESUMO

Este trabalho investiga o ensino de Psiquiatria no Curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Trata-se de pesquisa documental, na qual, para estudo dos dados obtidos, são utilizadas as técnicas de análise de documento e análise de conteúdo. A documentação investigada refere-se ao ensino ministrado entre os anos de 1990 a 1998. Primeiro são estudados a formação e a constituição do corpo docente, as disciplinas e o departamento responsável pelo ensino de Psiquiatria. A seguir são analisados os planos de ensino de cada uma das disciplinas da área, sendo os dados obtidos agrupados nas categorias referentes aos objetivos do ensino, ao conteúdo ministrado, às estratégias de ensino utilizadas e aos métodos de avaliação empregados. Embora não se trate de estudo comparativo, dados do ensino de Psiquiatria no Curso de Medicina da Universidade do Rio Grande do Sul (UFRGS), são utilizados como referência para análise daqueles obtidos nesta investigação. Entre os dados analisados destacam-se: o número reduzido de professores responsáveis pelo ensino de Psiquiatria na UFPR, apenas 6, enquanto na UFRGS, este número chega a 22; o fato de apenas 1 docente ter cursado pós-graduação *strictu-sensu* na UFPR, na UFRGS mais de 50% dos docentes cursaram esta pós-graduação; a ausência de formação pedagógica dos docentes de Psiquiatria na UFPR; a carência de atividades de pesquisa e de atendimento à comunidade desenvolvidas pelo corpo docente de Psiquiatria da UFPR; as lacunas encontradas nos planos de ensino das disciplinas de Psiquiatria, da UFPR, em relação as quatro categorias analisadas, objetivos, conteúdo, estratégias de ensino e avaliação, conforme referencial teórico utilizado. Os resultados deste estudo indicam que o ensino ministrado na área de Psiquiatria no Curso de Medicina da UFPR, examinado à luz das concepções atuais sobre o ensino médico e tomando como referência o ensino de Psiquiatria ministrado na UFRGS, apresenta algumas defasagens. Tendo como finalidade contribuir para a melhoria deste ensino na UFPR, conclui-se o presente estudo propondo-se algumas sugestões.

ABSTRACT

The present study examines the Psychiatry teaching on Universidade Federal do Paraná's Medicine Course. This is a documental research, in which, in order to study the obtained data, document analysis and content analysis techniques are used. The documents examined refer to the teaching ministered between the years 1990 and 1998. First of all, the structure and the college formation of the teaching board are studied, as well as the subjects and the department responsible for the Psychiatry teaching. Then each subject's teaching plan is analysed, the obtained data being gathered in categories referring to the teaching aims, to the content taught, to the teaching strategies utilized and to the evaluation methods' applied. Although this is not a comparative study, data from the Psychiatry teaching on the Medicine Course of Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) are used as a reference to analysis of those obtained in this examination. Among the analysed data, the following distinguishes: the reduced number of professors responsible for the Psychiatry teaching in UFPR, just six, while in UFRGS this number reaches 22; the fact that only one professor had "*strictu-sensu*" post graduation in UFPR, in UFRGS more than 50% of the professor had that kind of post graduation; the absence of pedagogic education if the UFPR's Psychiatry professors; the lack of research and community services of the Psychiatry's teaching board; the blanks found on the Psychiatry subjects' teaching plans, on UFPR, in relation to the four categories analysed, aims, contents, teaching strategies and evaluation, according to the theoretical referencial utilized. The results of this study indicate that the teaching ministered in the field of Psychiatry on the Medicine Course of UFPR, if examined lightened by the current concepts of medical teaching and taking as reference the Psychiatry teaching ministered on UFRGS, show some fail. Having as a purpose to contribute to the improvement of this taught in UFPR, it follows that the present study presents some suggestions.

1 INTRODUÇÃO

Com a experiência acumulada em vários anos de atuação na área de Psiquiatria, tanto em atividades clínicas, quanto em atividades administrativas e didáticas, alguns indicadores da situação desta especialidade médica em nosso Estado tornaram-se evidentes, despertando meu interesse e passando a ser objeto de minhas reflexões.

O primeiro desses indicadores diz respeito a carência de médicos com especialização em Psiquiatria, atuando no Estado do Paraná, fato que pude constatar quando de minha atuação como coordenador do Programa de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde, entre os anos de 1991 a 1994, evidenciado pela dificuldade encontrada, em diversas cidades e regiões do Estado, para satisfazer os parâmetros mínimos exigidos pelo Ministério da Saúde (Portaria nº 224/1992), quanto ao número de médicos psiquiatras para atenderem em hospitais e ambulatórios da área, sendo necessário a vinda de psiquiatras de outros estados, principalmente do Rio Grande do Sul.

A constatação acima é reforçada mediante os dados fornecidos, em 1996, pelo Conselho Federal de Medicina, na publicação intitulada *“Perfil dos médicos no Brasil- médicos em número”*, segundo os quais, enquanto no Paraná apenas 2,9% dos médicos eram psiquiatras, no Rio Grande do Sul este número chegava a 7,8%, sendo a quarta área de atuação mais procurada naquele Estado, superada apenas pelas áreas de Ginecologia e Obstetrícia com 13,1%, Pediatria com 11,7% e Medicina Interna com 10,3%.

No Estado do Paraná, a Psiquiatria ocupava a oitava posição, antecedida pelas áreas da Pediatria com 13,9%, da Ginecologia e Obstetrícia com 9,9%, da Medicina Interna com 7,5%, da Cirurgia Geral com 6,9%, da Anestesiologia com 5,3%, da Cardiologia com 5,1% e da Oftalmologia com 4,0%.

Outro indicador, da situação da Psiquiatria no Estado do Paraná, refere-se ao pequeno interesse demonstrado pelos alunos de medicina e médicos não psiquiatras pela área de Psiquiatria pois, mesmo não havendo literatura disponível a respeito em nosso Estado, alguns dados de minha observação pessoal podem ser considerados: na Universidade Federal do Paraná (UFPR) são poucos os alunos do sexto ano do Curso de Medicina, em média 2,0 a 4,0%, que manifestam intenção de se especializarem em Psiquiatria; no convívio profissional com médicos não psiquiatras e com estudantes de medicina, tenho observado, com frequência, que eles apresentam dificuldade, desconhecimento e mesmo desinteresse quando se faz necessário prestar atendimento à pessoa com problema mental, mesmo que esse problema seja de pequena complexidade e de alta prevalência na população em geral.

O terceiro indicador, a ser pontuado, é o fato de não ter existido, no Estado do Paraná, até o ano de 1998, quando teve início o primeiro curso de Especialização em Psiquiatria ministrado na UFPR, nenhum curso de pós-graduação em Psiquiatria, seja pós-graduação *latu-sensu* - Residência Médica e Especialização, seja pós-graduação *strictu-sensu* – Mestrado e Doutorado. Por outro lado, no Estado do Rio Grande do Sul, desde a década de sessenta, existem cursos de pós-graduação na área de Psiquiatria: Curso de Especialização em Psiquiatria e a Residência Médica em Psiquiatria, ambos ministrados na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Os apontamentos acima, mostrando algumas diferenças, na área de Psiquiatria, entre os Estados do Paraná e do Rio Grande do Sul, chamam mais a atenção se considerarmos que os

dados fornecidos pelo Conselho Federal de Medicina (*Perfil dos médicos no Brasil – médicos em número*), indicam que no Estado do Paraná 7,4% dos médicos possuem mestrado e 1,6% possuem doutorado, sendo o Estado da Região Sul do país que apresenta a maior taxa de médicos com formação em pós-graduação *strictu-sensu*.

Acrescenta-se ainda que, praticamente, inexistente produção e publicação científica na área de Psiquiatria em nosso Estado, contrastando, mais uma vez, com o Estado do Rio Grande do Sul, onde a produção e publicação científica nesta área é bastante vasta.

Os indicadores citados, referentes à situação da Psiquiatria em nosso Estado, estão em descompasso com o que tem ocorrido, nas últimas décadas, nesta área do saber médico em âmbito nacional e internacional, na qual se observa o desenvolvimento de uma ampla literatura, relatando pesquisas e novos conhecimentos, nos mais diversos setores da Psiquiatria, como por exemplo:

Nosologia Psiquiátrica- aparecimento de novas classificações dos transtornos mentais, publicados pela Organização Mundial da Saúde- CID 10 (1993) e pela Associação Americana de Psiquiatria- DSM 4 (1995).

Neurociência- novas descobertas em biologia celular e molecular do neurônio, permitindo um melhor entendimento das correlações entre o cérebro, as emoções e o comportamento (TALBOTT et al., 1992; YUDOFKY & HALES, 1996; KAPLAN & SADOCK, 1997).

Psicofarmacoterapia- desenvolvimento de novas substâncias, mais específicas em sua ação e com menores efeitos colaterais, para o tratamento dos transtornos psiquiátricos (TALBOTT et al., 1992; LOUZÃ NETO et al., 1993; JANICAK et al., 1996; KAPLAN & SADOCK, 1997).

Psicoterapia- desenvolvimento de novas maneiras de compreender, abordar e tratar os transtornos mentais, como a psicoterapia breve e focal, terapia cognitiva e outras (CORDIOLI, 1993; LOUZÃ NETO et al., 1993; MARLATT & JORDAN, 1993; BECK et al., 1997; KAPLAN & SADOK, 1997).

Psiquiatria Social e Comunitária- melhora na compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença mental, levando ao desenvolvimento de novas formas de abordar e tratar os portadores de transtornos mentais graves na própria comunidade e apontando para os direitos de cidadania destas pessoas (KALIL, 1991; AMARANTE, 1994; KAPLAN & SADOK, 1997).

Assim, tomando-se por base os dados acima, reitero a afirmação emitida: existe um descompasso entre a evolução e o interesse despertado pela Psiquiatria em âmbito nacional e internacional nas últimas décadas e o interesse do estudante de medicina e do médico, por esta área do conhecimento, em nosso Estado.

Com base nessa constatação o seguinte questionamento pode ser formulado: *por que, no Estado do Paraná, a evolução e o acúmulo de conhecimento, ocorrido na área da Psiquiatria nas últimas décadas, não têm despertado o devido interesse nos estudantes de medicina e nos médicos, ao contrário do que tem ocorrido em outros estados do Brasil?*

Para pensar esta questão, deve-se considerar os fatores que interferem na formação do médico e na escolha da futura especialização, isto é, os fatores que determinam como os estudantes de medicina e os médicos percebem, conhecem e atuam em cada uma das áreas do saber médico e escolhem a área na qual irão se especializar.

Segundo FRAGA FILHO & ROSA (1980, p. 83-9 e 105-10), estes fatores se dividem em fatores externos à escola médica e fatores internos à escola médica. Entre os fatores externos são considerados: o mercado de trabalho, a propaganda da indústria farmacêutica e de

equipamentos, os valores e as opiniões da própria classe médica (FRAGA FILHO & ROSA, 1980, p. 83-4), as fantasias e motivações inconscientes do estudante (ZIMERMAN, 1992, p. 65) e o sistema de atenção à saúde (LANDMANN, 1980, p. 6-9).

Entre os fatores internos, são citados: a organização curricular, a atividade didática, a metodologia de ensino, a distribuição da grade horária (FRAGA FILHO & ROSA, 1980, p. 84-9), as características pessoais do professor (LERNER, 1995, p. 179-80), a oferta de programas de pós-graduação (CHAVES & ROSA, 1990, p. 63-9) e a opinião de outros estudantes de medicina (HELENA & LIBERATO, 1996, p. 83).

Portanto, são os fatores citados acima que determinam o modo de perceber, conhecer e atuar, bem como o interesse, que determinado grupo de médicos e estudantes de medicina, no caso aqueles que atuam no Estado do Paraná, manifestam em relação a determinada área do saber médico, neste caso a Psiquiatria.

Entre os fatores citados, possíveis de contribuírem para a situação em que se encontra a Psiquiatria em nosso Estado, tem sido objeto de minhas reflexões apenas aqueles relacionados ao ensino de Psiquiatria no Curso Médico. Neste sentido, pode-se conjecturar que: *a situação da Psiquiatria neste Estado, em descompasso com a situação da mesma em outros centros nacionais e internacionais, permite supor que o ensino de Psiquiatria ministrado nos Cursos de Medicina deste Estado, também, esteja em descompasso com aquele ministrado em outros centros.*

O ensino de Psiquiatria, no Estado do Paraná, é ministrado com características próprias em cada um dos cinco cursos de medicina existentes (três em Curitiba, um em Londrina e outro na cidade de Maringá). Porém, sendo o Curso de Medicina da UFPR o mais antigo e o que forma o maior número de médicos, neste trabalho, será considerado como representativo deste ensino no Estado.

Assim, a presente investigação tem como tema o *Ensino de Psiquiatria no Curso de Medicina da UFPR*, buscando subsídio para compreender a situação em que se encontra a Psiquiatria em nosso Estado.

Entende-se a relevância desta investigação, em razão do importante papel que uma boa formação em Psiquiatria tem, não só para o especialista na área, mas também para o médico não Psiquiatra, seja este clínico geral ou especialista em qualquer outro setor da medicina. A importância referida pode ser justificada pelas duas situações consideradas a seguir.

A primeira situação diz respeito à frequência dos problemas mentais.

Neste sentido o Ministério da Saúde em publicação de 1990, intitulada “*Orientação para funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental*”, informa que os problemas mentais tem alta prevalência na população em geral, afetando 13% das pessoas. Entretanto, segundo CAETANO & STELA (1990, p. 5-7), esta prevalência seria de 17,7% e, ainda, conforme estes autores, 40% das pessoas que procuram atendimento médico apresentam problemas mentais.

FRAGA FILHO & ROSA (1980, p. 33) tecendo críticas ao ensino médico afirmam que “as doenças e distúrbios mais comuns, como as neuroses, as manifestações psicossomáticas, [...] não são expostas, amplamente, aos estudantes. Pequena atenção tem sido dada às repercussões sociais do alcoolismo, do uso de tóxico, dos defeitos genéticos, da doença mental, da velhice e da poluição ambiental”, chamando assim, a atenção para a importância da Psiquiatria na formação médica, uma vez que, no exercício da profissão, o médico frequentemente deverá prestar atendimento à pessoa portadora de problema mental, devendo, para isto, estar preparado.

Note-se ainda, que a própria UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (1992, p. 24), em publicação intitulada “*Avaliação do currículo do curso de medicina*”, ao citar os

princípios que devem nortear o ensino médico expõe: “...a abordagem dos conteúdos no novo currículo, garantindo um envolvimento prático com a demanda das questões de saúde da população, orientando o processo ensino–aprendizagem às patologias mais prevalentes na sociedade”. Dessa forma, aponta a prevalência de um problema de saúde na população como critério para o ensino de seu conteúdo no curso de graduação.

A segunda situação se refere a importância fundamental que o conhecimento psicológico tem para o médico.

Neste sentido, ZIMERMAN (1992, p. 64), após citar a clássica frase do psicanalista inglês Michel Balint “o remédio mais usado em medicina é o próprio médico”, e afirmar que, em média, 70% dos pacientes com problemas orgânicos apresentam fatores psíquicos que desempenham papel importante, às vezes determinante, no contexto de sua doença, declara que: “a soma destes dois fatos estabelece, de forma incontestável, a enorme importância da formação psicológica do médico”. Também a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1978, p. 2), nesta mesma direção, define saúde como “o estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”. Finalmente, JOB & JOB NETO (1964, p. 72) escrevem: “o médico unifica em si ações tanto na vertente somática quanto psicológica, promovendo reconforto, amparo moral, assistência durante uma passagem difícil da vida, tratando de forma adequada momentos de depressão ou de ansiedade”.

Por outro lado, observa-se nos últimos anos diversas críticas à formação e ao desempenho do médico (LANDMANN, 1980; FRAGA FILHO & ROSA, 1980; CHAVES & ROSA, 1990), destacando-se aquela referente ao médico ter se tornado tecnicista, organicista e impessoal, preocupando-se apenas com a doença e o órgão doente, desconsiderando a pessoa e seu sentimento. Neste sentido, BATISTA & SILVA (1998, p. 37) relatam que: “uma ênfase

predominantemente biologicista no currículo de graduação é usual, em detrimento a um enfoque holístico, bio-psico-social”, o que, segundo estes autores leva a desumanização do atendimento médico.

Em publicação intitulada “*Restruturação do currículo de medicina II*” (UFPR, 1992, p. 27) encontra-se a seguinte afirmação: “outra falha do atual currículo está em formar um médico que não visualiza o paciente como um todo, mas sim apenas a ‘doença’, necessitando enfatizar mais a relação médico- paciente”.

Procurando corrigir as falhas apontadas, diversas mudanças curriculares têm sido propostas e implementadas nas escolas médicas do Brasil, colocando como objetivo do curso de Medicina o de formar médicos que tenham compreensão das dimensões orgânica, psíquica e social do processo saúde-doença (CHAVES & ROSA, 1990; SABRAL, 1991, 1996; ZIMMER et al., 1993; FERREIRA, 1996; NOGUEIRA, 1998). Assim, ao concluir o curso de graduação o médico “deverá estar qualificado ao atendimento de pessoas, [...], sabendo vê-las sob o ponto de vista integral, biopsíquico e social” (SANTOS, 1987, p. 145).

Considerando que segundo MAYER-GROSS (1976, p. 8), “Psiquiatria pode ser definida como o ramo da medicina cujo objetivo é o estudo, a prevenção e o tratamento de todos os tipos e graus da doença mental, qualquer que seja sua causa”, e ainda, conforme o autor, que “Psiquiatria é aquele ramo da medicina no qual os fenômenos psicológicos são importantes como causas, sinais e sintomas, ou como agentes curativos”. Considerando também, a afirmação de BENSON & McDERMOTT (1973, p.1) que “a medicina não é uma ciência, mas uma profissão intelectual profundamente enraizada em várias ciências e encarregada de aplicá-las em benefício do homem” pode ela ser aplicada à Psiquiatria, enquanto ramo da Medicina.

Em razão das afirmações dos autores citados, pode-se definir Psiquiatria como *o ramo da medicina que tem como objetivo o estudo, a prevenção e o tratamento de todas as doenças nas quais os fenômenos psíquicos sejam importantes como causa, manifestação ou agente curativo, e que na busca de seu objetivo se utiliza de diversas ciências.*

Tais ciências podem ser divididas em dois grupos: Ciências Biológicas (Anatomia, Histologia, Fisiologia, Patologia, Bioquímica, Farmacologia, Genética e outras) e Ciências Psicossociais (Psicologia Cognitiva, Psicologia Comportamental, Psicanálise, Psicologia Social, Sociologia, Antropologia e outras), conforme MAYER-GROSS (1976), TALBOT et al. (1992), KAPLAN & SADOCK (1997).

Neste sentido, o estudo da Psiquiatria, conforme definida acima, permite colocar, para o estudante de medicina e para o médico, a importância da dimensão psíquica e, também, da dimensão social, no processo do adoecer e de seu tratamento. Pode, dessa forma, ser grande colaborador na busca de uma formação mais humana para o médico, permitindo-lhe perceber o homem como ser integral.

Nesta mesma direção, CASTRO (1998), professor de Psiquiatria da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), afirma que o grande instrumento da prática psiquiátrica é a relação humana do médico com seu paciente, tanto para a realização do diagnóstico como para o tratamento.

A partir das considerações apresentadas, que explicitam o importante papel do conhecimento da Psiquiatria na formação e no desempenho profissional do médico, pensando a pessoa doente como ser bio-psico-social, em busca de uma medicina mais humana, reitero a relevância desta investigação, cujos objetivos foram:

- conhecer e analisar o ensino de Psiquiatria no Curso de Medicina da UFPR (de 1990 a 1998), quanto aos objetivos, conteúdos, estratégias de ensino e de avaliação;
- verificar como, no referido período, este ensino tem acompanhado o desenvolvimento ocorrido tanto na área da Psiquiatria, quanto na área didático-pedagógica;
- analisar as mudanças pelas quais passou o ensino de Psiquiatria em consequência do novo currículo, implementado no Curso de Medicina da UFPR desde 1994;

A presente investigação é fundamentalmente uma *pesquisa documental* (CHIZZOTTI, 1991, p. 109-121; LAKATOS & MARCONI, 1996, p. 57-60), cujos dados foram coletados das seguintes fontes primárias:

- Currículo Pleno do Curso de Medicina da UFPR, implantado a partir de 1982;
- Currículo Pleno do Curso de Medicina da UFPR, implantado a partir de 1994;
- Resolução nº 33/81 do Conselho de Ensino e Pesquisa da UFPR – fixa currículo pleno do Curso de Medicina do Setor de Ciências da Saúde;
- Resolução nº 27/87 do Conselho de Ensino e Pesquisa da UFPR – estabelece o elenco de disciplinas do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria;
- Resolução nº 08/90 do Conselho de Ensino e Pesquisa da UFPR – estabelece o elenco de disciplinas do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria;
- Resolução nº 30/90 do Conselho de Ensino e Pesquisa da UFPR – estabelece normas básicas para a implantação, reformulação ou ajuste curricular dos

curso de graduação, bem como para aprovação de elencos de disciplinas dos departamentos;

- Resolução nº 109/92 do Conselho de Ensino e Pesquisa da UFPR – estabelece a periodização do Curso de Medicina;
- Resolução nº 31/94 do Conselho de Ensino e Pesquisa da UFPR – fixa o Currículo Pleno do Curso de Medicina do Setor de Ciências da Saúde;
- Resolução nº 38/94 do Conselho de Ensino e Pesquisa da UFPR – estabelece o elenco de disciplinas e práticas profissionais do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria;
- Plano Departamental (Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria - 1997 ;
- Fichas nº 1 – identificação da disciplina, e nº 2 – programa da disciplina, das disciplinas da área de Psiquiatria, ministradas pelo Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria, entre os anos de 1990 a 1998.

Para o estudo do material obtido foram utilizadas as técnicas de análise documental e análise de conteúdo (BARDIN, 1977; LÜDKE & ANDRÉ, 1986, p. 38-44; BATISTA & SILVA, 1998, p. 14-16; CHIZZOTTI, 1998, p. 98-99), segundo as quais os dados foram agrupados nas seguintes categorias:

- o Departamento responsável pelas disciplinas da área de Psiquiatria: identificação e caracterização;
- disciplinas da área de Psiquiatria: identificação, situação na grade curricular e carga horária;
- o corpo docente responsável pelo ensino de Psiquiatria: número, formação e atividade dos professores;

- o plano de ensino das disciplinas da área de Psiquiatria: objetivos do ensino, conteúdos ministrados, métodos e estratégias de ensino e estratégias e técnicas de avaliação.

Como referência, para comparação com os dados obtidos nesta investigação, em relação ao ensino de Psiquiatria na UFPR, foram utilizados e distribuídos nas mesmas categorias citadas, dados relativos ao ensino de Psiquiatria no Curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Esta escolha se deve ao fato de alguns indicadores da situação da área de Psiquiatria naquele Estado – a percentagem de médicos que exercem esta especialidade, a existência de cursos de pós-graduação em Psiquiatria e a produção e publicação científica na área – anteriormente utilizados, nesta Introdução, para comparação com a situação da área de Psiquiatria em nosso Estado, indicarem que no Rio Grande do Sul, a situação da Psiquiatria é condizente com o desenvolvimento e o interesse que esta área do saber médico tem despertado em outros centros nacionais e internacionais.

Este trabalho é composto de quatro capítulos.

No primeiro se faz uma breve revisão histórica sobre a Psiquiatria e os primórdios do seu ensino no Brasil e na UFPR. No segundo são tecidas algumas considerações sobre o processo ensino-aprendizagem, com destaque para a área médica.

O terceiro capítulo trata das disciplinas, do departamento e do corpo docente responsáveis pelo ensino de Psiquiatria. Inicialmente é apresentada uma revisão da literatura, seguida da descrição da situação encontrada na UFRGS e, por fim, os dados são relatados e analisados.

O quarto capítulo aborda o plano de ensino e seus componentes: objetivos, conteúdo, métodos de ensino e avaliação. A apresentação desse capítulo segue a mesma estrutura do capítulo anterior.

Considerações sobre os resultados encontrados são apresentadas no final deste trabalho.

2 HISTÓRICO DA PSIQUIATRIA E DE SEU ENSINO NO BRASIL E NA UFPR

2.1 A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA

A arte de tratar as doenças através de métodos psíquicos, sugestões mágicas e religiosas, aparece em todas as sociedades humanas e foi utilizada pelo homem desde a sua pré-história (KOLB, 1980, p. 1-3). Conforme afirmam ALEXANDER & SELESNICK (1980, p.29 e 30), "a medicina primitiva consistia em processos psicológicos visando influenciar todos os acontecimentos naturais, entre os quais as doenças do corpo e da mente. Essa medicina animística-mágica reflete o ponto de vista do homem primitivo...A medicina primitiva pode ser considerada principalmente psiquiatria primitiva."

Assim, a história da Psiquiatria começa com o primeiro curador profissional, o médico-feiticeiro.

Foi somente com o surgimento da cultura grega e sua nova visão de mundo que a medicina deixa de ser vista como "problema sobrenatural" e a doença passa a ser compreendida e abordada como fenômeno natural. Hipócrates (460-377 A.C.), considerado "pai da Medicina", foi o primeiro médico que tentou explicar coerentemente todas as doenças com base em causas naturais. Seus seguidores, os médicos hipocráticos, tentaram a primeira classificação das doenças mentais e, também, pela primeira vez, descreveram e classificaram a personalidade humana em bases orgânicas.

Ainda na antigüidade clássica, o autor de “De Res Médica”, Aurélio Cornélio Celso (25 A.D.-50 D.C.), escreveu sobre doenças mentais e descreveu todas as fases da vida e da experiência humana. Porém, foi Galeno de Pérgamo (131-200 D.C.), o maior médico dos tempos romanos, o primeiro a relacionar a sexualidade com a etiologia das doenças mentais (ALEXANDER & SELESNICK, 1980, p. 54-81; KAPLAN & SADOCK, 1984, p. 1 e 2).

No período medieval, o colapso do sistema romano de segurança, produziu um retrocesso à crença na magia, misticismo e demonologia. A possessão da pessoa por um espírito maligno passou a ser aceita como causa da doença mental, sendo o exorcismo o seu tratamento. Todavia, graças ao trabalho realizado nas bibliotecas monásticas e à medicina árabe, a tradição da medicina empírica, iniciada na antiga Grécia, foi preservada e mesmo enriquecida, principalmente através do trabalho do mais importante médico do Islã, Avicena (980-1037 D. C.), que entre outras contribuições correlacionou estados emocionais à reações fisiológicas.

Já no início da era moderna, Johann Sprenger e Heinrich Kraemer, publicaram o livro “Malleus Maleficarum” (“O Martelo das Feiticeiras”), no qual foi exposto, detalhadamente, a maneira de identificar e destruir as feiticeiras, dentre as quais muitas eram portadoras de doenças mentais (ALEXANDER & SELESNICK, 1980, p. 104-6).

Com o Renascimento ocorreu uma reorientação do homem ocidental em direção à realidade natural e, acompanhando todo o movimento que levou à construção da ciência moderna, a Medicina também procurou se fundamentar na observação rigorosa e no método experimental. Neste sentido, Ambroise Paré (1510-1590) foi considerado o primeiro médico a aplicar o método experimental à Medicina e Johann Weyer (1515-1558), considerado por alguns o primeiro psiquiatra, trabalhou insistentemente para provar que as feiticeiras eram, na verdade, mulheres portadoras de doenças mentais e, portanto, deveriam ser tratadas por

médicos e não submetidas aos tribunais da Inquisição (ALEXANDER & SELESNICK, 1980, p. 114).

Mesmo com as mudanças das concepções sobre as doenças mentais e os avanços no sentido de correlacioná-las a problemas cerebrais e psíquicos, isto é, a causas naturais e não sobrenaturais, os doentes mentais mais graves ainda eram tratados, durante os séculos XVI, XVII e XVIII, como prisioneiros, freqüentemente acorrentados, não sendo respeitados como seres humanos.

Foi somente com as idéias Iluministas e o desenvolvimento da noção de “liberdade individual”, que logo após a Revolução Francesa, o médico Philippe Pinel (1745-1826), em Bicêtre, ordenou que se quebrassem as correntes que prendiam os doentes mentais lá internados, passando a trabalhar para que lhes fosse dado um tratamento mais humano. Além desse gesto e do intenso trabalho realizado em prol da melhoria do atendimento prestado aos doentes mentais, Pinel também elaborou uma classificação das doenças mentais e colaborou, com varias publicações, para sua melhor compreensão. Por tudo isto Pinel foi considerado o fundador da Psiquiatria (EY et al., 1981, p. 58).

Durante o século XIX e início do século XX, graças à utilização do método científico, a Medicina ampliou bastante seu conhecimento sobre o corpo humano e as doenças, o mesmo ocorrendo em relação ao cérebro, levando ao desenvolvimento da chamada “Psiquiatria Orgânica” (Psiquiatria que atribui causas orgânicas às doenças mentais), principalmente devido ao achado de lesões cerebrais em algumas doenças mentais como na Demência e na Paralisia Geral Progressiva.

Ainda neste período, Emil Kraepelin (1856-1925), psiquiatra clínico, pesquisador e professor em Heidelberg e Munique, formulou a classificação das doenças mentais que, até os dias modernos, constitui fundamento para toda a nosologia psiquiátrica, sendo ele

considerado o fundador da Psiquiatria científica (ALEXANDER & SELESNICK, 1980, p. 221-4).

No final do século XIX foi publicado, em Viena, o livro “Estudos sobre a Histeria” de Sigmund Freud (1856-1939) e Josef Breuer (1842-1925), considerado o marco inicial da Psicanálise, teoria psicológica que através do trabalho de Freud e seus seguidores, como Karl Abraham (1877-1925), Alfred Adler (1870- 1837), Carl Gustav Jung (1875-1961) entre outros e de psiquiatras, como Eugen Bleuler (1857-1939), o criador do termo Esquizofrenia, e Harry Stack Sullivan (1892-1949), influenciou marcadamente a Psiquiatria na primeira metade deste século e, mesmo, nas décadas de sessenta e setenta, dando origem a chamada “Psiquiatria Psicodinâmica” que considera, predominante psicológicas, as causas das doenças mentais (FINE, 1981; GAY, 1989).

Na década de cinquenta, três publicações importantes ampliaram o campo de abordagem da Psiquiatria em direção aos aspectos sociais relacionados à doença mental: “The Therapeutic Community” (1953) de Maxwell Jones; “Social Class and Mental Illness” (1957) de August Holingshead e Frederick Redlich e “Psychodynamics of Family Life” (1958) de Nathan Ackerman, possibilitando o desenvolvimento da “Psiquiatria Social e Comunitária” (KAPLAN & SADOCK, 1984, p. 9).

Ainda no ano de 1953 teve início a era da psicofarmacologia moderna, com o uso da Clorpromazina por Pierre Deniker e Jean Delay, a primeira substância para tratamento da psicose (doença mental grave).

Nos últimos trinta anos, a Psiquiatria tem procurado integrar conhecimentos biológicos, psicológicos e sociológicos para melhor compreender e tratar a pessoa portadora de transtorno mental, não se limitando a concepções que procuram reduzir a doença mental a

fenômeno puramente físico ou psíquico ou social (LOUZÃ NETO et al., 1993; LEMGRUBER, 1997).

2.2 OS PRIMÓRDIOS DA PSIQUIATRIA E DE SEU ENSINO NO BRASIL

Durante o período Colonial, segundo SANTOS FILHO (1981, p. 195-7), a medicina no Brasil foi exercida principalmente por três grupos profissionais: os cirurgiões-barbeiros, geralmente indivíduos iletrados, de condição humilde, que aprendiam o ofício de modo prático e se submetiam a exame para habilitação do exercício da cirurgia; os médicos, também chamados físicos, formados em geral na Universidade de Coimbra, em sua maioria cristãos-novos; e os jesuítas, que além do nível social mais elevado, eram mais cultos e instruídos que os cirurgiões e os físicos que imigravam para o Brasil, podendo-se afirmar que a “arte de curar” praticada pelos jesuítas sobrepujou, neste país, àquela desenvolvida pelos outros profissionais.

Assim, os jesuítas que aqui chegaram em 1549 e permaneceram até serem expulsos, por determinação do Marquês de Pombal, em 1759, além de terem sido os responsáveis quase exclusivos pela educação brasileira neste período (PILETTI, 1996, p. 33), também prestaram importante contribuição na área médica, inclusive no cuidado aos portadores de doença mental.

Foi somente com a vinda da Família Real para o Brasil em 1808 que, buscando suprir a falta de profissionais habilitados, o príncipe regente D. João (orientado pelo médico pernambucano José Correia Picança (1745-1823), primeiro cirurgião do Reino e lente da Universidade de Coimbra) criou, pela Carta Régia de 18 de fevereiro de 1808, a Escola de Cirurgia da Bahia, a primeira escola de medicina do Brasil, e em 5 de novembro do mesmo ano, o Curso de Anatomia e Cirurgia do Rio de Janeiro. Ambas cresceram rapidamente e já em

1813, a do Rio de Janeiro e, em 1815, a de Salvador, se transformaram em Academias Médico-Cirúrgicas, com a ampliação de seus currículos (SANTOS FILHO, 1981, p. 202).

Perduraram, as Academias, até 1832, quando a Regência Trina Permanente transformou-as em Faculdades de Medicina, seguindo um plano elaborado pela Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro e aprovado pelo Congresso. Com esta lei houve ampliação do quadro docente, modificação dos programas de ensino e entre outras a criação da Cátedra de Medicina Legal nas duas faculdades (SANTOS FILHO, 1981, p. 203; PAIM, 1980, p. 3 e 4).

Ainda durante a década de 30, os problemas relacionados à doença mental começaram a despertar a atenção dos titulares das cátedras recém-criadas bem como de outros médicos, sendo que, segundo PAIM (1980, p. 4-8), duas publicações deste período demonstram este fato: o relatório do Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, denunciando as precárias condições de tratamento ofertadas aos doentes mentais internados no Hospital da Santa Casa de Misericórdia, e o artigo intitulado “Reflexões acerca do trânsito livre dos doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro” de autoria do Dr. José Francisco Xavier Sigaud (1796-1856).

Nesta mesma década, em 1837, foi apresentada a primeira tese brasileira sobre transtornos mentais, por Antônio Luiz da Silva Peixoto, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, com o título “Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental”, usando como referência o trabalho de Philippe Pinel (PAIM, 1980, p. 5).

Em consequência da mobilização surgida em torno das condições do atendimento prestado aos doentes mentais, D. Pedro II, logo após sua Coroação como Imperador, assinou o Decreto nº 82/1841, criando o Hospício Pedro II, cuja construção levou aproximadamente dez anos, tendo sido inaugurado em 5 de dezembro de 1852. Em seguida, também a Bahia, em

1874, inaugurou um local destinado exclusivamente ao tratamento dos doentes mentais, o Hospício São João de Deus.

Segundo SANTOS FILHO (1981, p. 203), apesar do interesse que despertava, principalmente entre os professores de Medicina Legal, o estudo das doenças mentais, no Brasil, permaneceu unido ao de outras áreas médicas até 1884, quando a reforma do ensino médico implementada pelo Visconde de Sabóia, criou a Cátedra de Clínica Psiquiátrica. Conforme PAIM (1980, p. 15), seu primeiro titular na Faculdade de Medicina da Bahia foi o professor Maia Bittencourt e na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro o professor Teixeira Brandão.

Neste primórdio da Psiquiatria no Brasil, merece destaque a figura de Juliano Moreira.

Nascido em Salvador em 1873, foi professor da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Bahia e introduziu, no Brasil, as idéias e a sistematização da Psiquiatria Alemã, então liderada por Emil Kraepelin. Em 1905, fundou a revista “Arquivos Brasileiro de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins” e, em 1907, organizou a “Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal”, tendo assim contribuído enormemente para a implantação definitiva dos estudos da Psiquiatria em nosso país, justificando a afirmação de PAIM (1980, p.18) “durante aproximadamente trinta anos, Juliano Moreira foi o mestre e orientador da Psiquiatria brasileira, e hoje bem distante de sua influência pessoal, é possível afirmar, com absoluta segurança, que ele cumpriu com a maior dignidade a sua missão”.

No final do Império, ainda existiam no Brasil apenas as duas faculdades de Medicina já referidas, porém após a Proclamação da República, a Constituição votada em 1891, permitindo a implantação do ensino livre, possibilitou já em 1903 a criação da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

Quase uma década após, a Reforma Rivadávia Correia, datada de 5 de abril de 1911, seguindo os ideais positivistas, desoficializou o ensino superior no país e facilitou a criação de escolas de nível superior, propiciando a fundação, em 19 de dezembro de 1912, da Universidade do Paraná e da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte (NISKIER, 1989, p. 201-4).

Finalmente, deve ser destacada, a criação da Universidade de São Paulo (USP), em 15 de Janeiro de 1934. Segundo PILETTI (1996, p. 80), foi a primeira Universidade a realmente funcionar no Brasil, viabilizada a partir do promulgação do Estatuto das Universidades Brasileiras, pelo Decreto nº 19.851 de 14 de abril de 1931.

O Instituto de Psiquiatria A. C. Pacheco e Silva do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e o Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP ocupam hoje lugar de destaque na assistência, no ensino e na pesquisa no campo da Psiquiatria em nosso país.

2.3 O ENSINO DE PSIQUIATRIA NO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

A Universidade do Paraná teve sua fundação e instalação em 19 de dezembro de 1912, graças a Lei Rivadávia (BRASIL, Lei Orgânica de Ensino Superior e do Fundamental da República, Decreto n ° 8.659 de 5 de abril de 1911) que liberou a criação de escolas de ensino superior no país (COSTA & LIMA, 1992, p. 9; NISKIER, 1989, p. 201-3).

Segundo WACHOWICZ (1983), além do aspecto legal, representado pela lei supra citada, outros fatores contribuíram para a criação da Universidade do Paraná, dentre os quais os seguintes:

- fator econômico, pois graças a riqueza resultante do ciclo da erva-mate formou-se no Paraná uma elite preocupada com o ensino superior e em condições de viabilizar financeiramente este ensino;
- fator político, representado pelo repto do Contestado, ocorrido em dezembro de 1909, quando o Supremo Tribunal Federal, rejeitando os argumentos jurídicos interpostos pelo Paraná e dando ganho de causa a Santa Catarina, retirava da administração paranaense 48.000 quilômetros quadrados, formado pelas melhores terras do sudoeste do Estado, motivando intensa reação nas lideranças do Paraná. A falta de uma intelectualidade própria foi a principal justificativa desta derrota, levando alguns de seus membros a se empenharem em prol da organização de uma Universidade no Estado;
- fator pessoal, quando se destacaram, entre outras, as ações e a vontade férrea de dois vultos, Vitor Ferreira do Amaral (1862-1953) e Nilo Cairo (1874-1928), respectivamente primeiro Diretor e primeiro Secretário da Universidade do Paraná.

A Universidade do Paraná teve curta existência jurídica e institucional. A legislação restritiva de 1915, Reforma Carlos Maximiliano (BRASIL, Decreto nº 11.530, de 18 de março de 1915), dissolveu a Universidade e desmembrou-a em Faculdades isoladas de Direito, Engenharia e Medicina, ocorrendo oficialmente tal dissolução em 25 de maio de 1918 (WACHOWICZ, 1983, p. 68; NISKIER, 1989, p. 201).

A partir desse momento, teve início uma luta titânica pela sobrevivência e reconhecimento das Faculdades isoladas, bem como pela restauração da Universidade. Afinal, obteve-se o reconhecimento da Faculdade de Direito em 29 de julho de 1920 e o da Faculdade de Engenharia, logo em seguida, em 6 de agosto de 1920. A Faculdade de Medicina, sob a

direção de Vitor Ferreira do Amaral e Nilo Cairo, foi submetida a inspeção federal em 1921 e reconhecida em 1922.

Conforme WACHOWICZ (1983, p.105), após intenso esforço, do qual participaram diferentes setores da sociedade paranaense, finalmente “o decreto federal nº 9.323 de 6 de junho de 1946, reconhecia oficialmente a existência da Universidade do Paraná. Com a restauração, Vitor Ferreira do Amaral foi mantido simbolicamente no cargo de Reitor, para significar a continuidade da mesma Universidade, desde 1912”.

Uma vez reconhecida a Universidade, teve início a campanha de sua federalização, na qual foi figura de destaque, o então Reitor Flávio Suplicy de Lacerda. Pela Lei n ° 1.254 de dezembro de 1950, a Universidade do Paraná passou a condição de Universidade Federal do Paraná (WACHOWICZ, 1983, p. 132).

O Estatuto da Universidade restaurada, aprovado em 1952, deu-lhe nova organização, incluindo novos cursos, porém mantendo a separação em Faculdades e Escolas.

Quase duas décadas após, procurando adaptar-se às mudanças contidas na Reforma Universitária de 1968 (Lei nº 5.540 de 28 de novembro), a Universidade Federal do Paraná passou por uma reestruturação, a qual foi homologada pelo Conselho Federal de Educação em 1970 e tornada efetiva em 1973. Com esta efetivação a **Faculdade de Medicina** foi extinta e substituída pelo atual **Curso de Medicina**, tendo as cadeiras básicas sido incluídas nos departamentos do Setor de Ciências Biológicas e as cadeiras clínicas nos departamentos do Setor de Ciências da Saúde (COSTA & LIMA, 1992, p. 10).

No tocante à Psiquiatria, os estudos nesta área já estavam prescritos, por ocasião da instalação da Universidade, da qual era parte a Faculdade de Medicina.

Em 1913, o currículo do ensino médico previa a cadeira de Clínica Neurológica e Psiquiátrica a ser lecionada no sexto ano da Faculdade, sendo seu catedrático Dr. Antônio

Rodolpho Pereira Lemos, considerado o primeiro psiquiatra do Paraná, que entretanto não chegou a assumir a cátedra, devido seu falecimento, em 1918 (ALVES, 1992, p. 204).

Entre os anos de 1919 a 1923 a cátedra de Clínica Neurológica e Psiquiátrica foi exercida pelo Dr. José Guilherme Loyola, tendo o ensino de Psiquiatria, neste período, seguido o modelo das cátedras das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. O ensino era ministrado no Asilo de Alienados Nossa Senhora da Luz, da Irmandade da Santa Casa, do qual o Dr. Loyola era diretor. Em 1923, em consequência de modificações determinadas pelo Conselho Superior de Ensino, a cadeira de Clínica Neurológica e Psiquiátrica foi desdobrada, optando o Dr. Loyola pela cadeira de Clínica Psiquiátrica, na qual se manteve até 1930, quando se licenciou (ALVES, 1992, p. 204 e 205).

De 1931 a 1935 a cadeira de Clínica Psiquiátrica esteve sobre a responsabilidade do professor Otávio da Silveira e, em seguida, nos anos de 1935 e 1936, foi regida interinamente pelo professor João Carmeliano de Miranda.

As características do ensino de Psiquiatria permaneceram, durante o período de 1923 a 1936, quando a Clínica Psiquiátrica manteve-se como cadeira isolada, independente da Clínica Neurológica, as mesmas do período anterior, sem qualquer alteração (ALVES, 1992, p. 205).

Em 1936, o professor Dr. Alô Guimarães, tendo já conquistado a docência livre da cátedra de Medicina Legal em 1935, conquistou também a cátedra de Clínica Psiquiatria, na qual permaneceu até 1955. Neste período imprimiu nova e moderna orientação ao ensino e ao tratamento dos doentes mentais, entre os quais o tratamento pela Insulina, a Malário-terapia, a Eletroconvulsoterapia, a Praxiterapia e a Terapia Ocupacional.

O Dr. Alô Guimarães foi o primeiro professor catedrático por concurso da Faculdade de Medicina e sua atuação muito contribuiu para a aproximação entre a Psiquiatria e a Medicina Legal no Paraná (ALVES, 1992, p. 205).

Com o afastamento do professor Alô Guimarães, a Clínica Psiquiátrica foi regida, entre os anos de 1955 a 1958, pelo livre docente Napoleão Teixeira e, em seguida, de 1958 a 1961, pelo professor José Schettine. Devido ao falecimento prematuro do professor Schettine, a regência da Clínica Psiquiátrica foi assumida pelo professor assistente Mário Pilloto, na qual permaneceu até 1973, quando, pela nova estrutura organizacional da Universidade, a Psiquiatria passou a integrar, juntamente com a Medicina Legal, o Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria do Setor de Ciências da Saúde. A partir desta nova organização, a chefia do departamento passou a ser escolhida através de eleição direta entre os professores, realizada a cada dois anos (ALVES, 1992, p. 206-12).

Em 1992, o Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria contava com 22 professores, dos quais somente 6 eram da área de Psiquiatria.

A partir da constituição do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria, em 1973, até a reforma curricular de 1982, a Psiquiatria constituiu disciplina única e foi ministrada no sétimo período, com uma carga total de 90 horas, sendo que a disciplina de Psicologia Médica, durante as décadas de sessenta e setenta, esteve ligada ao Departamento de Clínica Médica. Foi somente com a currículo implantado a partir de 1982, que os conteúdos ministrados pela disciplina de Psicologia Médica passaram a constituir matéria de responsabilidade do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria, fazendo parte da disciplina de Saúde Mental.

Assim, a partir de 1982, a área de Psiquiatria passou a ser composta por três disciplinas: Saúde Mental, ministrada no quarto período, com total de 45 horas; Psiquiatria I, ensinada no oitavo período, com total de 60 horas; e Psiquiatria II, ministrada no nono período, também com total de 60 horas (Catálogo de Disciplinas do CURRÍCULO NOVO, implantado, no Curso de Medicina da UFPR, a partir de 1982).

Desde 1992, devido à nova reforma curricular, o ensino e as disciplinas da área de Psiquiatria vêm passando por alterações, as quais merecerão especial atenção no capítulo III, uma vez que elas são parte do objeto de investigação deste trabalho.

Finalmente, cabe mencionar a implantação, em 1998, na UFPR, do primeiro curso oficial de pós-graduação em Psiquiatria no Estado do Paraná – o Curso de Especialização em Psiquiatria.

3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO ENSINO / APRENDIZAGEM

O objetivo deste trabalho, está voltado para a investigação do ensino de Psiquiatria, razão pela qual faz-se necessário tecer algumas considerações sobre o processo ensino-aprendizagem. A partir da concepção desse processo o professor constrói seu plano de ensino, escolhendo objetivos, conteúdos, métodos de ensino e de avaliação a serem empregados.

A intenção, neste capítulo, não é fazer uma revisão profunda dos problemas relacionados à aprendizagem humana e sim discutir o que ABREU & MASETTO (1997, p. 5) julgam ser um problema central em sala de aula: “a opção que o professor faz pelo ensino que ministra ao aluno ou pela aprendizagem que o aluno adquire”, bem como, o questionamento que, esses autores, fazem em seguida “qual a diferença entre as duas perspectivas e suas consequências” (1997, p. 5).

Nesse sentido, conforme os autores acima, o verbo **ensinar** possui os seguintes significados: instruir, fazer saber, comunicar conhecimentos ou habilidades, mostrar, orientar e outros, todos apontando para o professor como agente principal e responsável pelo processo ensino-aprendizagem. Assim, as atividades desse processo centralizam-se no professor, em suas habilidades e qualidades.

Já, quanto ao verbo **aprender**, os seguintes significados lhe são atribuídos: buscar informações, rever a própria experiência, adquirir habilidades, adaptar-se a mudanças, modificar atitudes, comportamentos e outros, apontando para o aprendiz como agente central

no processo ensino-aprendizagem. Nesse caso, as atividades estão centradas no aluno, em suas capacidades, possibilidades e condições para aprender.

Ainda, segundo estes autores, embora o ensino e a aprendizagem sejam parte de um mesmo processo e portanto indissociáveis, dependendo da ênfase em um ou em outro pólo, a orientação do processo poderá ser extremamente diversificada. Afirmam em seguida, que fazem opção pela ênfase na aprendizagem e propõem aos professores de nível superior que se questionem sobre suas participações na criação e na organização da aprendizagem de seus alunos. Enfim, apontam o papel do professor “como sendo o de facilitador da aprendizagem de seu aluno. Seu papel não é ensinar, mas ajudar o aluno a aprender; não é transmitir informações, mas criar condições para que o aluno adquira informações;...” (ABREU & MASETTO, 1997, p. 11).

Por sua vez, GIL (1997, p. 29), criticando a ênfase no ensino afirma: “muitos professores colocam todo seu empenho no ato de ensinar. Vêm-se como fornecedores de informação e como os principais responsáveis pelos resultados obtidos. Acreditam que se o professor ensinou (isto é, se explicou ou demonstrou), o aluno aprendeu.”.

Neste sentido, procurando explicitar que o ato de ensinar, por parte do professor, não implica necessariamente em aprender, por parte do aluno, RIBEIRO (1998, p. 41) relata a seguinte conversa entre dois docentes:

- “- Oi, tudo bom, estava dando aula até agora?
- Estava. Dei uma aula fantástica!!!
- Os alunos gostaram?
- Não tenho a menor idéia”.

Considerando a ênfase no aprender, ABREU & MASETTO (1997, p. 9), citam alguns princípios que “são comuns a todos os que se preocupam com a aprendizagem do aluno”, sendo eles:

- toda aprendizagem, para que aconteça, precisa ser significativa para o aprendiz, isto é, deve se relacionar com o seu universo de conhecimentos, experiências e vivências;
- toda aprendizagem é pessoal, pois envolve mudança de comportamento ou de situação do aprendiz;
- toda aprendizagem precisa visar objetivos realísticos que possam de fato ser atingidos;
- toda aprendizagem precisa ser acompanhada de retro alimentação imediata, pois deverá fornecer ao professor e ao aluno dados para corrigir ou reiniciar o processo;
- toda aprendizagem precisa ser embasada em um bom relacionamento interpessoal entre os elementos que dela participam.

Já, em relação ao ensino médico, BITTAR & MARCONDES (1998, p. 95), afirmam: “A evolução da Medicina tem sido extraordinária e o aumento do volume do conteúdo torna impossível ensinar tudo. Por outro lado, o médico que não se atualiza em alguns anos fica defasado. O aluno, portanto, tem que aprender a se atualizar e, para isso, torna-se importante conseguir a participação do aluno no aprendizado”. Em seguida, apontam algumas tendências atuais deste ensino:

- desenvolver no aluno a capacidade de auto-aprendizagem que lhe permita entender o que deve aprender e onde procurar o conhecimento;
- motivar o aluno a aprender;
- utilizar o contexto clínico para facilitar o aprendizado;

- utilizar técnicas que favoreçam a participação ativa do aluno no processo.

As considerações acima apontam, mais uma vez, para o papel do professor como o de mediador da aprendizagem de seus alunos, não de mero transmissor de informações, e reforçam as concepções atuais que defendem a “complementaridade dos processos de ensino e aprendizagem, mas com ênfase na aprendizagem” (MASETTO, 1998, p. 17).

Deve-se considerar ainda, sobre o processo ensino-aprendizagem, o que BATISTA & SILVA (1998, p. 109) denominam de dimensões ou componentes do processo e que ABREU & MASETTO (1997, p. 6) e MASETTO (1998, p. 14) denominam de objetivos da aprendizagem. Assim, segundo ABREU & MASETTO (1997, p. 6-9), estes objetivos podem ser divididos em três categorias: cognitivos, compreendem as informações, os conceitos e a capacidade de analisar, refletir e argumentar sobre os mesmos; habilidades, referem-se às capacidades de fazer e aplicar na prática os conhecimentos adquiridos; atitudes, dizem respeito aos valores e sentimentos experimentados em relação ao conhecimento.

Sobre estes três componentes do processo ensino-aprendizagem e referindo-se, especificamente ao ensino médico, BATISTA & SILVA (1998, p. 109) afirmam:

Estes três aspectos (o saber , o saber fazer e o saber ser) devem ser os pilares do processo de ensino visando à aprendizagem do aluno nos aspectos relativos à apropriação e integração de conhecimentos, ao aperfeiçoamento de habilidades e ao desenvolvimento de atitudes e comportamentos comprometidos com uma nova ética social. A ação didática competente do professor de Medicina como mediador do processo ensino-aprendizagem supõe, pois, o domínio do conteúdo e dos meios que favoreçam o ensino e a aprendizagem nessas três vertentes.

Ainda, estes mesmos autores, comentam: “o **saber fazer** é um dos componentes essenciais na formação médica. A competência do professor de Medicina é essencial no

processo ensino-aprendizagem para a aquisição das habilidades necessárias ao desempenho profissional do futuro médico” (1998, p. 108-9).

Conforme CHAVES & ROSA (1990, p. 138), a Conferência Mundial de Educação Médica, realizada em Edimburgo, em agosto de 1988, organizada pela Federação Mundial de Educação Médica, publicou, ao seu final, o documento que se tornou um marco na Educação Médica, a “Declaração de Edimburgo”. O documento encerra doze pontos, relativos ao processo de formação médica, num dos quais consta: “ é necessário assegurar a continuidade do aprendizado ao longo do exercício profissional, deslocando o predomínio da utilização dos métodos de ensino passivos, tão comuns hoje em dia, para a aprendizagem ativa, incluindo o estudo independente, autodirigido e os métodos tutoriais”.

O presente trabalho toma como pressuposto, para a análise e crítica dos dados obtidos, as concepções do processo ensino-aprendizagem comentadas acima, uma vez que o estímulo ao auto-aprendizado e o “aprendizado ativo é o que se tem mais valorizado na literatura atual sobre ensino médico” (BITTAR & MARCONDES, 1998, p.98).

4 CARACTERIZAÇÃO DO CORPO DOCENTE E DAS DISCIPLINAS DA ÁREA DE PSIQUIATRIA NA UFPR

O objetivo deste capítulo será o de tecer considerações sobre alguns tópicos relacionados ao professor de nível superior, especificamente ao da área médica, e alguns comentários sobre as disciplinas da área de Psiquiatria e sobre a estrutura e funcionamento do Departamento responsável pelas mesmas no curso médico. No final, os dados obtidos nesta investigação, referentes a situação da área de Psiquiatria na UFPR, serão apresentados e analisados.

Para o bom desempenho de sua função, o professor do ensino superior necessita de formação que lhe possibilite ter domínio e conhecimento, adequado em três áreas, que interagem e sofrem influência recíproca: a do conteúdo específico da disciplina na qual é um especialista; a didático-pedagógica, que lhe permita uma ação efetiva em sala de aula; a filosófica, possibilitando a construção da sua visão de homem e de mundo (ABREU & MASETTO, 1997, p. 1).

Considerando ainda, serem funções básicas da Universidade, as ações de ensino, pesquisa e extensão (SOUZA, 1997, p. 24), atividades nessas áreas também influenciam o desempenho do docente do ensino superior.

Neste sentido, LUNA (1992, p. 103-4), discutindo a associação entre ensino e pesquisa afirma: “se a idéia for a transmissão de conhecimento para consumo, então, não vejo necessidade de que o professor seja um pesquisador” e conclui adiante “se a ênfase da Universidade estiver na produção de conhecimento relevante [...] e na formação (ou, pelo

menos, introdução) de alunos para manter a produção de conhecimento [...] então, será necessário que a universidade gere condições para a produção do conhecimento”. Assim, CAPPELLETTI (1992, p. 13), comentando sobre a docência no terceiro grau, destaca a “importância fundamental da pesquisa na construção da docência”.

Em relação ao ensino médico, BATISTA & SILVA (1998, p. 47), após citarem a necessidade do professor ter clareza da relação existente entre as finalidades da educação, os objetivos de sua disciplina, os conteúdos ministrados, os métodos utilizados e as possibilidades de aprendizado de seus alunos, concluem afirmando ser “evidente a relevância da dimensão pedagógica do trabalho do professor de medicina: repensá-la significa repensar a direção dos compromissos da própria Escola Médica”.

Por sua vez BATISTA (1998, p. 35-6) cita alguns atributos e competências que julga serem relevantes para o professor de Medicina, dentre os quais deve-se destacar:

- ter conhecimento sólido e atualizado do conteúdo de sua disciplina;
- participar, ativamente, da produção do conhecimento em sua área, envolvendo-se em pesquisas;
- utilizar diferentes formas e procedimentos de ensino, estimulando a participação ativa dos alunos;
- orientar os alunos no processo de aprendizagem, utilizando estratégias que estimulem aprender fazendo, a construir ativamente o próprio conhecimento.

Contemplando a mesma perspectiva dos autores citados, a Federação Mundial de Educação Médica, em 1988, no item número cinco da “Declaração de Edimburgo”, assim se manifesta em relação às responsabilidades das escolas médicas: “preparar os professores como educadores, [...], e recompensar, igualmente, a formação pedagógica e o desempenho na pesquisa biomédica ou no exercício da clínica” (CHAVES & ROSA, 1990, p. 139).

Porém, segundo VASCONCELOS (1996, p. 45), a situação real do docente universitário com formação profissional liberal, não voltada especificamente para o ensino, entre os quais se situa o professor de medicina, se apresenta diferente das indicações acima, pois, conforme a autora, o profissional liberal-docente considera o exercício do magistério e o envolvimento em pesquisa atividades secundárias, atribuindo maior interesse às ações em sua profissão de origem. Assim, segundo a autora, “os profissionais liberais-professores *gostam* de lecionar, mas não pensam em abrir mão de suas profissões para seguirem o magistério.[...]. O amor por suas profissões originais sobrepõe-se ao gosto pelo magistério” e como consequência, o exercício do magistério “carece de maiores cuidados e dedicação, não apenas no sentido da aula em si, mas, sobretudo, no que se refere ao envolvimento desse profissional com as metas educacionais mais amplas”.

Comentando a situação atual do ensino médico, BATISTA (1998, p. 33) afirma que “a questão do preparo do professor de Medicina no que se refere aos aspectos propriamente pedagógicos da ação docente não tem, geralmente, merecido atenção”. Em seguida relata que “na maioria das vezes, o professor de Medicina é contratado, tendo-se como critério apenas a qualidade de seu desempenho como profissional [...]. Fica implícito que a competência profissional ou acadêmica assegura a competência didática”.

Ainda, segundo BATISTA (1998, p. 32), os resultados da pesquisa da CINAEN (Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico), sobre o docente de Medicina mostram que apenas 7% dos docentes tem especialização em educação e também que “para a grande maioria dos entrevistados, a docência constituiu-se como atividade complementar à profissão médica”, estando, estes dados, de acordo com os relatados por VASCONCELOS (1996) sobre a situação do profissional liberal-docente.

Em relação a caracterização das disciplinas da área de Psiquiatria, devido à sua escassa literatura e considerando que na introdução deste trabalho, a situação da Psiquiatria no Estado do Rio Grande do Sul foi tomada como referência para comparação com a situação da mesma em nosso Estado, decidiu-se utilizar, também, os dados referentes ao corpo docente e às disciplinas da área de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) como parâmetro para comparação com aqueles obtidos, a este respeito, na Universidade Federal do Paraná.

Conforme dados da UFRGS (1998), a área de Psiquiatria, constitui junto com a Medicina Legal, o Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, estando esse Departamento, desde o início da década de oitenta, situado nas dependências do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), facilitando, com isto, a aproximação com as outras áreas da Medicina e possibilitando o atendimento de pessoa com problema mental em hospital geral, junto aos demais doentes.

Esse Departamento conta com 22 professores da área de Psiquiatria, dos quais 1 possui o título de Livre Docente, 6 possuem o título de Doutor, 6 o título de Mestre e os demais são especialistas em Psiquiatria.

O Departamento procura desenvolver de forma integrada as atividades de ensino, pesquisa e extensão através do Serviço de Psiquiatria do HCPA, das disciplinas ministradas no curso de graduação e dos cursos de pós-graduação na área.

O Serviço de Psiquiatria do HCPA desdobra-se nos Serviços de Psiquiatria Geral e de Psiquiatria da Infância e Adolescência, sendo que do ponto de vista assistencial o Serviço é composto da Unidade de Internação Psiquiátrica com 32 leitos, da Consultoria Psiquiátrica prestada às diversas especialidades médicas e do Ambulatório de Psiquiatria, do qual fazem parte os seguintes programas de atendimento: Transtornos do Humor; Esquizofrenias; Neuro-

Memória; Transtornos de Ansiedade; Dependências Químicas e outros. Esta estrutura assistencial tem permitido o desenvolvimento de diversas linhas de pesquisa na área.

O Departamento é responsável por quatro disciplinas da área de Psiquiatria, do curso médico:

- Desenvolvimento da Criança e do Adolescente - 30 horas;
- Desenvolvimento do Adulto e do Idoso - 30 horas;
- Relação Médico-Paciente - 30 horas;
- Psiquiatria - Estágio (substituiu a disciplina de Psiquiatria) - 300 horas.

Quanto a pós-graduação, desde a década de sessenta o Departamento mantém o Curso de Especialização em Psiquiatria, com mais de 308 especialistas já formados, e a Residência Médica em Psiquiatria, que conta com 16 vagas distribuídas em três anos, sendo que na atualidade o ensino ministrado, tanto na graduação quanto na pós-graduação, caracteriza-se por uma proposta pedagógica diversificada que abrange e incorpora as diversas correntes da Psiquiatria: a psicodinâmica, a neurobiológica e a social.

Ainda, considero importante citar que na atual estrutura da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a área de Psiquiatria constitui, por si só, o Departamento de Psiquiatria (LOUZÃ NETO et al, 1993, p.5), enquanto que na Pontifícia Universidade Católica de Campinas a área de Psiquiatria compõe, juntamente com a Neurologia, o Departamento de Neuropsiquiatria (BALLONE & PENNA CHAVES, 1992, p. V).

Quanto à situação na Universidade Federal do Paraná, durante o período abordado por esta investigação, de 1990 a 1998, a área de Psiquiatria do Curso de Medicina da UFPR permaneceu junto a Medicina Legal, constituindo o **Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria**, com sede nas dependências no Instituto Médico Legal do Paraná, órgão da Secretaria de Segurança Pública do Estado, situado a mais ou menos 2500 metros do Hospital

de Clínicas da UFPR, local onde são desenvolvidas a quase totalidade das atividades de ensino em Psiquiatria.

Em 1990, o Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria contava com 22 professores, dos quais 6 eram da área de Psiquiatria, sendo 1 auxiliar, 1 assistente e 4 adjuntos, todos com contrato de 40 horas semanais, sem possuírem entretanto título de Mestre ou Doutor. Em 1998, o Departamento teve seu número de professores reduzido para 20, permanecendo porém a Psiquiatria com os seus 6 docentes, sendo 2 auxiliares, 1 assistente, 3 adjuntos, 5 com contrato de 40 horas semanais e 1 com 20 horas semanais. No final de 1998, um professor adquiriu o título de Doutor em Saúde Mental pela Universidade de Campinas. Não consta, na documentação investigada, que algum outro professor possuísse título de Mestre, Doutor ou Livre Docente.

Em relação às atividades assistenciais, o Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas conta com um ambulatório geral, sem programas específicos, possuindo para o seu funcionamento apenas duas salas (consultórios). Esse serviço não possui leitos para internação psiquiátrica e não está vinculado a nenhum projeto ou linha de pesquisa.

A carência de espaço físico é um problema sério que a área de Psiquiatria enfrenta para o desenvolvimento de suas atividades de assistência e de ensino, tanto que, no Plano Departamental de 1997, o Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria solicita a posse, nas dependências do Hospital de Clínicas, de mais duas salas de atendimento ambulatorial, uma sala para reuniões clínicas e aulas práticas e uma sala para a instalação da chefia e da secretaria do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas. Até o final do ano de 1998, nenhuma destas solicitações foram atendidas.

Com o objetivo de superar as dificuldades referidas, grande parte das atividades de ensino, principalmente atividades práticas, são desenvolvidas em instituições externas à

UFPR, as quais nem sempre apresentam as condições adequadas para a aprendizagem do aluno. Estas instituições são: o Centro de Estudos de Psicodrama do Paraná, a Clínica Heidelberg, o Hospital de Psiquiatria Nossa Senhora da Luz e o Centro Psiquiátrico Metropolitano.

As disciplinas ministradas na área de Psiquiatria, entre os anos de 1990 a 1994, de acordo com o currículo pleno do Curso de Medicina, implantado a partir de 1982 (Resolução nº 33 de 8/10/1981 – CEP / UFPR), eram em número de três:

- Saúde Mental – 45 horas, ministrada no 4º período. Estudava noções básicas da personalidade humana.
- Psiquiatria I – 60 horas, ministrada no 8º período. Estudava os quadros sindrômicos psicopatológicos.
- Psiquiatria II – 60 horas, ministrada no 9º período. Estudava o diagnóstico e tratamento dos transtornos psiquiátricos.

A carga horária total da área de Psiquiatria somava 165 horas, sendo a carga horária total do currículo de 8.670 horas. O número de alunos por disciplina oscilava entre 80 e 90.

Entre os anos de 1988 e 1992, intensos trabalhos visaram a reestruturação do Currículo do Curso de Medicina (Cadernos de Avaliação nº 2, 4 e 6, de 1989 a 1992 – Pró- Reitoria de Graduação / UFPR), os quais culminaram com a implantação de um novo currículo, de acordo com a Resolução nº 31 de 13/05/94 – CEP / UFPR, que fixou o Currículo Pleno do Curso.

Cabe, neste ponto, explicitar a definição do termo currículo utilizada para os fins deste trabalho. Conforme KRASILCHIK (1998, p. 5), o termo currículo tem múltiplas definições. PEDRA (1997, p. 37), após apresentar e tecer considerações sobre diversas definições propostas afirma: “as definições do termo currículo não são coisas dadas, coisas que estão aí, pertencentes à natureza, à espera daquele que primeiro as alcance. São, antes disso, produções

humanas e, como tais, carregam as marcas do tempo e do espaço sociais de suas construções”. Considerando as ressalvas acima, neste trabalho o termo currículo é utilizado como definido por KRASILCHIK (1998, p. 5): “uma proposta educacional feita por uma instituição que se responsabiliza por sua execução e avaliação”.

Com a implantação do novo currículo, a área de Psiquiatria passou a ser constituída das seguintes disciplinas:

- Psiquiatria III – 60 horas, ministrada no 4º período (substituiu a disciplina Saúde Mental).
- Psiquiatria IV – 60 horas, ministrada no 6º período (substituiu a disciplina Psiquiatria I).
- Psiquiatria V – 60 horas, ministrada no 7º período (substituiu a disciplina Psiquiatria II). Disciplina ofertada juntamente com a Farmacologia.
- Psiquiatria VI – Internato Optativo (Estágio Eletivo em Psiquiatria) de 440 horas. Ofertada no 12º período.

A carga horária total do currículo, embora reduzida para 7.180 horas, beneficiou a área de Psiquiatria, ampliando sua carga horária, que passou a contar com 180 horas de disciplinas obrigatórias e mais 440 horas de disciplina optativa. Deve-se destacar que o número de alunos que optaram pelo Internato em Psiquiatria, nos anos de 1997 e 1998, oscilaram entre 2 a 6 alunos por semestre dentro de um universo de 80 a 90 alunos.

Deve-se registrar ainda, que o novo currículo prevê que o Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria seja co-ofertante, juntamente com os Departamentos de Clínica Médica, de Clínica Cirúrgica e de Farmacologia, das seguintes disciplinas e práticas profissionais integradas:

- Propedêutica Médica I.

- Prática de Ambulatório Geral I.
- Prática de Ambulatório Geral II.
- Prática de Ambulatório Geral III.
- Prática de Ambulatório Geral IV.
- Internato Curricular Optativo em Emergências Médicas.

Porém, na documentação consultada, nada consta sobre a participação do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria no ensino destas disciplinas.

Em relação à atividade de pesquisa, conforme consta no Plano Departamental referente a 1997, entre os anos de 1982 a 1997, foram registrados pelos docentes da área de Psiquiatria um total de 10 projetos de pesquisa, dos quais: 6 foram cancelados, 3 estariam em andamento (um dos quais desde o ano de 1984) e apenas 1 foi concluído, porém, não há relatório de conclusão ou publicação a respeito.

Em 1998 teve início o primeiro curso de pós-graduação, ofertado na área de Psiquiatria na UFPR, na forma de Curso de Especialização.

Comparando os dados obtidos sobre a área de Psiquiatria na UFPR com aqueles obtidos, em relação a esta área, na UFRGS, pode-se constatar o seguinte:

1. Em ambas as Universidades a área de Psiquiatria e a de Medicina Legal integram um mesmo departamento. Porém, na UFPR as duas áreas constituem o **Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria**, com sede no Instituto Médico Legal do Paraná, local distante do Hospital de Clínicas, onde estão situados os Departamentos das demais áreas médicas e se realiza, preferentemente, o aprendizado médico. Na UFRGS essas áreas constituem o **Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal**, o qual “transferiu-se para o Hospital de Clínicas de Porto Alegre no início da década de 80, com o objetivo de reaproximar-se da Medicina e de desenvolver o atendimento ao doente mental em hospital

geral e não mais em hospital psiquiátrico, dissociado das demais áreas da Medicina” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 1998).

Convém lembrar que nos primórdios da UFPR, a Psiquiatria esteve vinculada à Neurologia, constituindo a Clínica Neurológica e Psiquiátrica, até o ano de 1923, quando passou a constituir, isoladamente, a Clínica Psiquiátrica. Assim permaneceu até 1936, quando o professor Alô Guimarães a vinculou definitivamente à Medicina Legal. Neste sentido, deve-se destacar que conforme já apontado, a área de Psiquiatria pode constituir isoladamente o **Departamento de Psiquiatria**, como na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo ou formar junto à Neurologia, o **Departamento de Neuropsiquiatria**, como ocorre na atual estrutura da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Considerando a análise apresentada neste item, pode-se colocar duas questões:

Em que medida as estruturas departamentais, acima apresentadas, refletem o grau de importância conferido à Psiquiatria e interferem nas condições de ensino e aprendizagem dessa área?

A localização do Departamento, ou seja, o fato do mesmo situar-se no Hospital Geral, junto às demais disciplinas da área médica, melhora as condições de ensino?

Em relação a primeira questão, pode-se afirmar que o grande desenvolvimento ocorrido na Neurociência permitiu a melhor compreensão dos aspectos biológicos de algumas doenças mentais e possibilitou uma maior aproximação entre as áreas da Psiquiatria e da Neurologia, uma vez que ambas possuem um objeto comum – o estudo do cérebro. Dessa maneira, na impossibilidade da Psiquiatria constituir isoladamente um departamento, a mesma estará melhor situada junto à Neurologia, em virtude da pertinência dos estudos que se interligam nas duas áreas.

Quanto a segunda questão, a tendência atual tem sido de aproximar a Psiquiatria das demais áreas médicas, como ocorre na UFRGS que assim justifica a transferência do **Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal** para as dependências do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Assim, em relação às duas questões colocadas, a situação da área de Psiquiatria na UFPR, não é a desejada.

2. Enquanto a área de Psiquiatria na UFPR conta com apenas 6 professores, dos quais somente um possui pós-graduação *strictu-sensu*, título de doutor, obtido no final de 1998, na UFRGS, a Psiquiatria conta com 22 professores, sendo 6 mestres, 6 doutores e 1 livre docente. Tal situação é contraditória, considerando que o Paraná é o Estado da região Sul que apresenta a maior taxa de médicos com pós-graduação *strictu-sensu*.

Ainda em relação ao corpo docente, cabe destacar que os professores de Psiquiatria da UFRGS cursaram a disciplina de Pedagogia Médica, ministrada no Curso de Especialização em Psiquiatria, oferecida pelo **Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal**, situação esta não encontrada no material investigado, referente à formação pedagógica do corpo docente responsável pelo ensino de Psiquiatria na UFPR.

Deve ser pontuado que a necessidade da formação pedagógica do professor de Medicina é, conforme referido anteriormente, um dos principais itens a ser alcançado, objetivando a melhora do ensino médico.

3. Quanto às atividades assistenciais, na UFPR, o **Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria** é responsável apenas pelo Ambulatório de Psiquiatria Geral do Hospital de Clínicas, não oferecendo atendimento em Psiquiatria Infantil, leitos para internamento Hospitalar ou programa específico de atendimento. Essas atividades assistenciais não são suficientes para atender as necessidades para o ensino no curso de graduação médica,

sendo necessário a utilização de outros serviços, externos à estrutura da UFPR e nem sempre adequado às finalidades de ensino.

Na UFRGS, o **Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal** é responsável pelo atendimento ambulatorial tanto em Psiquiatria Geral quanto em Psiquiatria da Infância e Adolescência, sendo que desse serviço de ambulatório fazem parte 5 programas específicos de atendimentos, conforme relatado anteriormente neste trabalho. Esse Departamento é responsável também pela Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que conta com 32 leitos. Essa organização das atividades assistenciais é adequada às atividades de ensino e de pesquisa realizadas pelo corpo docente do Departamento.

4. Embora o ensino de Psiquiatria, no curso de graduação, seja abordado no próximo capítulo, algumas considerações, em relação à organização geral e à carga horária, são pertinentes neste momento.

Na UFPR, antes da reforma curricular de 1994, o ensino de Psiquiatria era ministrado em três disciplinas, sendo uma, ministrada no ciclo básico (4º semestre), com 45 horas e duas, ministradas no ciclo clínico (8º e 9º semestres), somando 120 horas, chegando assim a uma carga horária total de 165 horas no curso.

Com a reforma curricular ocorreu um aumento da carga horária ofertada pela Psiquiatria, passando a três disciplinas obrigatórias e um estágio optativo, assim organizados: - uma disciplina com 60 horas, ministrada no ciclo básico (4º período); - duas disciplinas somando 120 horas, ministradas no ciclo clínico (6º e 7º períodos); - estágio optativo com 440 horas, ofertado no 12º período. Assim, a carga horária total obrigatória, no curso médico passou para 180 horas, podendo ser acrescida de mais 440 horas para os alunos que optarem pelo estágio em Psiquiatria, atingindo o total de 620 horas.

É importante destacar que o aumento, na carga horária da Psiquiatria, ocorreu junto a uma redução na carga horária total do currículo médico, a qual passou de 8.670 horas para 7.180 horas, mostrando assim um reconhecimento, pelos organizadores do novo currículo, da importância que vem assumindo a área de Psiquiatria na formação do médico.

No curso de Medicina da UFRGS, o ensino de Psiquiatria é ministrado em 4 disciplinas, sendo três ofertadas no ciclo básico, somando 90 horas, e uma ofertada no ciclo clínico, com carga de 300 horas. Portanto, a carga horária total, obrigatória, no curso médico é de 390 horas.

Analisando os dados acima, observa-se que até 1994, o curso de medicina da UFPR ofertava 165 horas de ensino em Psiquiatria, enquanto o curso da UFRGS ofertava 390 horas. Após a reforma o curso de medicina da UFPR passou a ofertar 180 horas em caráter obrigatório e mais 440 horas optativas, porém deve-se destacar que o estágio de Psiquiatria tem sido opção de apenas 5% dos alunos. Apesar dos avanços ocorridos com a reforma curricular, o aluno do curso médico da UFPR tem, em média, a metade do tempo de disciplinas obrigatórias que o aluno do curso médico da UFRGS para o aprendizado de Psiquiatria.

5. As atividades de pesquisa na área de Psiquiatria na UFPR são praticamente inexistentes, havendo apenas referência a uma pesquisa, concluída nos últimos 15 anos. Já, na área de Psiquiatria da UFRGS, há referência a inúmeras linhas de pesquisa, relacionadas aos programas de atendimento: Transtornos do Humor, Esquizofrenias, Neuro-Memória, Transtornos de Ansiedade e Dependências Químicas.

6. No tocante a cursos de pós-graduação, na UFPR o primeiro curso de pós-graduação em Psiquiatria, o Curso de Especialização, foi ofertado somente a partir de 1998, enquanto o **Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal** da UFRGS mantém, desde a década de

sessenta o Curso de Especialização em Psiquiatria e, também, a Residência Médica em Psiquiatria, esta última, com 3 anos de duração.

Pode-se assim observar, que nos diversos tópicos apresentados e analisados, verifica-se uma defasagem da situação da área de Psiquiatria na UFPR, em relação à situação da referida área na UFRGS.

5 CARACTERIZAÇÃO DO PLANO DE ENSINO E O ENSINO DE PSQUIATRIA NO CURSO DE MEDICINA DA UFPR

Neste capítulo serão, inicialmente, realizadas algumas considerações sobre plano de ensino em geral e, em seguida, sobre cada um de seus componentes: objetivos, conteúdos, métodos de ensino e avaliação. Tais considerações estarão relacionadas à dinâmica que envolve o ensino de Psiquiatria, relativos aos tópicos que serão apresentados e analisados, conforme sua adoção nos Cursos Médicos da UFRGS e da UFPR.

Embora, conforme SANTOS (1987) e ABREU & MASETTO (1997), existam, em relação ao ensino, três níveis de planejamento, a saber: plano de curso ou de faculdade, plano de disciplina e plano de unidade ou de aula, são do interesse deste trabalho e, portanto, serão abordados, apenas o planejamento de disciplina e de unidade ou aula.

Assim, segundo ABREU & MASETTO (1997, p. 15), ao ministrar uma disciplina, o professor precisa tomar algumas decisões, entre as quais: “o que pretende que os alunos aprendam [...]; que conteúdo vai tratar em classe [...]; que recursos vai usar para facilitar a aprendizagem dos alunos e torná-la mais significativa”. No processo de tomar estas decisões o professor será orientado, quer tenha ou não consciência, por um conjunto de valores, atitudes, habilidades e conhecimentos, que, conforme os autores acima, compreende: sua concepção de educação, sua concepção e conhecimento sobre o processo ensino-aprendizagem e seu conhecimento e postura diante da área que leciona.

Ao organizar e explicitar suas decisões, o professor concretiza um plano de ensino, o qual vem a ser “ a apresentação, sob forma organizada, do conjunto de decisões tomadas pelo

professor em relação à disciplina que se propôs lecionar” ou ainda “a organização seqüencial de decisões sobre a ação do professor, visando influenciar o processo de aprendizagem dos alunos” (ABREU & MASETTO, 1997, p. 16).

Uma vez definido, o plano de ensino será importante instrumento de comunicação entre o professor e os demais agentes que compõem a instituição onde atuam, assim como com agentes de outras instituições. Desta maneira, o plano de ensino, possibilitará ao professor expor a orientação que dá ao seu trabalho: - aos chefes de departamento, diretores e outros representantes da faculdade, permitindo verificar a adequação entre ele e os objetivos da instituição; - aos demais professores que lecionam disciplinas afim, permitindo maior integração entre as mesmas; - aos seus alunos, dando, a eles, segurança em relação ao professor, à disciplina e permitindo sua participação ativa no processo ensino-aprendizagem (ABREU & MASETTO, 1997, p. 15 - 22).

Tanto o plano de ensino ao nível de disciplina, quanto o plano ao nível de unidade ou aula, possuem os seguintes componentes:

- I. Identificação.
- II. Objetivos a serem alcançados.
- III. Conteúdo a ser ministrado.
- IV. Estratégias ou métodos de ensino.
- V. Estratégias e instrumentos de avaliação.

Esses componentes serão, a seguir, objetos de algumas considerações tanto em relação ao ensino superior em geral, quanto ao ensino médico e em particular ao ensino na área de Psiquiatria.

Segundo ABREU & MASETTO (1997, p. 20), a identificação do plano é indispensável, pois facilitará sua comunicação no presente, assim como possibilitará sua

utilização como documento a ser consultado no futuro. Entre os itens importantes para identificação do plano, estes autores citam:

- nome da disciplina,
- nome do curso e/ou da faculdade,
- nome do professor responsável,
- semestre e o ano a que o plano se refere,
- quantas classes e para quantos alunos o plano será aplicado.

Considerações sobre a identificação das disciplinas da área de Psiquiatria foram tecidas no capítulo anterior.

Os demais componentes do plano de ensino constituem categorias a serem analisadas especificamente, sendo elas as seguintes:

1. objetivos a serem alcançados;
2. conteúdo ministrado;
3. estratégias de ensino;
4. estratégias de avaliação.

Cada uma das categorias serão apreciadas de maneira em geral, para em seguida, tendo-as como referência, descrever e analisar a situação vigente do ensino de Psiquiatria do Curso de Medicina da UFRGS. As mesmas categorias serão empregadas para a apresentação e análise dos dados obtidos em relação ao ensino das disciplinas da área de Psiquiatria, do Curso de Medicina da UFPR, sendo elas, agrupadas da seguinte forma:

- disciplinas ofertadas antes de 1994: Saúde Mental, Psiquiatria I e Psiquiatria II
- disciplinas ofertadas a partir de 1994: Psiquiatria III, Psiquiatria IV e Psiquiatria V
- estágio optativo ofertado a partir de 1997: Estágio Eletivo em Psiquiatria.

5.1 OBJETIVOS DO ENSINO

Conforme ABREU & MASETTO (1997, p. 27), deve-se entender por objetivos de um plano de ensino: “metas definidas com precisão ou resultados previamente determinados, indicando aquilo que um aluno deverá ser capaz de fazer como consequência de se ter desempenhado adequadamente nas atividades de uma disciplina”.

TAPAJÓS (1998, p. 71), em seu trabalho sobre objetivos e educação na área médica, procura esclarecer três termos que, segundo o autor, não expressam a intenção de onde o professor quer chegar, mas sim a intenção de onde o aluno deverá chegar com a ajuda do professor. São eles: propósitos ou finalidades, metas ou objetivos gerais e objetivos específicos.

Propósitos são manifestações gerais, pouco precisas, indicando intenção e direção, “que contém ideais e valores que decorrem do sistema de valores do meio cultural, social e histórico...” (SANTOS, 1987, p. 128).

Metas ou objetivos gerais são, conforme TAPAJÓS (1998, p. 73), “as tentativas de concretização e operacionalização do pensamento abstrato representado pelos propósitos”. Para este autor, o enunciado de um objetivo geral deve definir e expressar duas dimensões: o **conteúdo**, que diz respeito a área do conhecimento que, naquele momento, interessa ao processo ensino-aprendizagem; e o **comportamento**, que esclarece aquilo que o aluno deverá ser capaz de fazer com o conteúdo em questão. Ao enunciar o comportamento esperado, devem ser utilizados verbos de ação, ou seja, verbos que indiquem comportamentos observáveis (definir, afirmar, avaliar, criticar), evitando-se o uso de verbos de expressão, os quais indicam comportamentos não-observáveis (saber, compreender, entender, gostar).

Os objetivos específicos, segundo TAPAJÓS (1998, p.76) “esclarecem de maneira a mais definida possível os passos intermediários necessários para a consecução de um objetivo geral”. Para enunciar um objetivo específico, pode-se acrescentar ao enunciado do objetivo geral: mais verbos de ação ou as condições, nas quais o comportamento deve ocorrer ou os padrões e critérios de aceitabilidade do comportamento.

Dessa maneira os objetivos não devem ser concebidos de maneira isolada mas, sim, como parte de um conjunto integrado, tanto entre os três níveis explicitados acima, quanto dentro de cada nível.

Quanto à importância e às vantagens de estabelecer e explicitar os objetivos de ensino, ABREU & MASETTO (1997, p. 27-8) afirmam: “ O estabelecimento de objetivos orienta o professor quando vai selecionar o conteúdo, escolher as estratégias de ensino e elaborar o que e como avaliar”, e continuando informam: “também orienta o aluno, que fica sabendo o que se espera dele [...] para que isso vai servir, [...] em relação a que vai ser avaliado”. Considerações semelhantes são apresentadas por GIL (1997, p. 42-9), ao comentar a função dos objetivos.

Em relação aos domínios ou às categorias dos objetivos, a classificação mais citada é a denominada Taxionomia de Bloom, proposta por Benjamin Bloom e seus colegas da Universidade de Chicago, em publicação intitulada “*Taxionomia dos objetivos educacionais*”, datada de 1956, a qual divide os objetivos em três domínios:

- domínio cognitivo ou de conhecimentos: trata dos conhecimentos intelectuais que o aluno deve adquirir, abrangendo as informações, fatos, conceitos, teorias, etc.
- domínio afetivo ou de atitudes: refere-se aos sentimentos, interesses e valores que o aluno deverá apresentar após ter passado pela experiência de aprendizado proposta;

- domínio psicomotor ou de habilidades: diz respeito a tudo aquilo que o aluno deve aprender a fazer, aos atos que o aluno deve estar apto a praticar ao concluir o curso ou disciplina.

Abrange-se assim, respectivamente, os domínios relacionados ao **saber**, ao **ser** e ao **fazer** (SANTOS, 1987; GIL, 1997; ABREU & MASETTO, 1997; TAPAJÓS, 1998).

Como explicitado anteriormente, os objetivos, dentro de um plano de ensino, são úteis no sentido de direcionar a ação do professor e facilitar a aprendizagem do aluno. Segundo ABREU & MASETTO (1997, p. 27-37) e GIL (1997, p. 42-9), para cumprirem essas funções, os objetivos deverão possuir algumas características, quais sejam:

- fazerem referências ao desempenho do aluno e não ao do professor;
- serem operacionais, definindo em termos concretos, com clareza e precisão, o que se espera do aluno;
- serem atingíveis e reais, no sentido de que existam as condições objetivas para alcançá-los;
- representarem tanto as necessidades do indivíduo que aprende, quanto as da comunidade a qual este pertence.

Quanto a escolha dos objetivos, o professor ao fazê-la é influenciado por diversos fatores, sejam eles explicitados ou não, entre os quais, ABREU & MASETTO (1997, p. 34-7), destacam:

- os valores expressos da sociedade e da instituição de ensino;
- a filosofia de educação assumida pelo professor;
- o conhecimento do professor sobre o conteúdo da área a ser ensinada;
- as expectativas do aluno.

Antes de tratar dos objetivos que dizem respeito especificamente à área de Psiquiatria, merece ser lembrada a citação de TAPAJÓS (1998, p. 94), que ao apontar a importância de explicitar os objetivos a serem alcançados no ensino médico, afirma que a falta dos mesmos leva ao “desconhecimento do que se quer e de onde se chegou” e “pode gerar desmotivação, apatia, sensação de confusão”.

Conforme realizado anteriormente, os objetivos de ensino da área de Psiquiatria do Curso de Medicina da UFRGS serão expostos e posteriormente utilizados como referência para análise daqueles do Curso de Medicina da UFPR.

Os objetivos do ensino de Psiquiatria no Curso de Graduação em Medicina da UFRGS, estão separados em três categorias: **conhecimentos, habilidades e atitudes**. Em cada uma dessas categorias optei por destacar os seguintes:

Conhecimentos – ao concluir o curso o aluno deve conhecer:

- as diferentes etapas do desenvolvimento psicológico do homem;
- os efeitos dos diferentes fatores biológicos, psicológicos e sócio-ambientais sobre esse desenvolvimento;
- os diferentes aspectos emocionais envolvidos na relação médico-paciente;
- as reações emocionais dos pacientes, familiares, médicos e equipe de saúde, frente às doenças agudas, crônicas, terminais, incapacitações e alterações corporais, bem como frente aos procedimentos médicos mais comuns;
- suas reações (do médico) diante das manifestações do paciente, sabendo utilizá-las no entendimento e atendimento do mesmo;
- as reações do paciente diante de sua pessoa (do médico);
- a sexualidade normal e as alterações mais comuns;
- as principais alterações da vida psíquica;
- os principais transtornos psiquiátricos em termos de psicopatologia, etiologia, distribuição epidemiológica, diagnóstico, evolução, tratamento e prognóstico;
- as diferentes terapêuticas psiquiátricas – psicoterapias, terapias biológicas e terapias sociais – suas indicações, contra-indicações e riscos;
- o perfil epidemiológico relativo aos transtornos mentais da região e do país.

Habilidades – ao final do curso o aluno deve ser capaz de:

- orientar pais e familiares em relação: ao planejamento familiar, à gravidez indesejada, à preparação psicológica para o parto, à relação inicial mãe-filho, à estimulação precoce do bebê e ao desenvolvimento normal;

- detectar e orientar pais e familiares em relação: às perturbações emocionais mais frequentes do parto e do puerpério, às questões relativas à educação de crianças, ao atraso de desenvolvimento e aos problemas decorrentes de maus tratos, perdas, separação e adoção de crianças;
- orientar a família e o adolescente em relação: às dificuldades escolares, à delinquência, ao uso de drogas e álcool, à definição e escolha profissional, à gravidez e à sexualidade normal;
- detectar e orientar o paciente e a família frente: às adaptações sociais, familiares e econômicas, aos problemas decorrentes de doença física e aos problemas devidos à aposentadoria, ao luto e ao envelhecimento;
- realizar entrevista visando estabelecer uma boa relação com o paciente e com os familiares e a obtenção de dados que possibilitem o diagnóstico;
- identificar as manifestações normais e patológicas do psiquismo humano e dos grupos familiares e sociais;
- registrar adequadamente os dados obtidos;
- formular o diagnóstico dos transtornos mentais mais comuns: alcoolismo, psicoses, depressão e outros transtornos do humor, transtornos de ansiedade, dependências de droga, demência e outros;
- atender adequadamente, através de técnicas psicoterápicas, biológicas e socioterápicas aos problemas psiquiátricos mais comuns;
- realizar os tratamentos farmacológicos mais comuns;
- realizar atendimento psicoterápico de crises agudas;
- apoiar e orientar as famílias de pacientes.

Atitudes- ao final do curso o aluno deverá ser capaz de:

- estabelecer relação médica adequada com o paciente, sua família e com a equipe de saúde, caracterizada por respeito, consideração, confiança, cordialidade, empatia, interesse genuíno e disponibilidade;
- entender e respeitar as características raciais, socioculturais, filosóficas, religiosas e ideológicas dos pacientes e familiares;
- respeitar as normas éticas envolvidas no exercício da Medicina.

Em relação aos objetivos expressos acima, pode-se afirmar que:

- estão de acordo com as orientações de TAPAJÓS (1998), sobre como devem ser enunciados os objetivos educacionais na área médica;
- seguem a Taxionomia de Bloom, classificando os objetivos a serem alcançados em: conhecimentos, habilidades e atitudes;

- apresentam as características apontadas por ABREU & MASETTO (1997) e GIL (1997), como necessárias às suas funções de direcionar a ação do professor e facilitar a aprendizagem do aluno.

Em relação ao ensino de Psiquiatria no Curso de Medicina da UFPR, foram levantados os objetivos, conforme o agrupamento de disciplinas ministradas, até 1994, a partir de 1994 e o estágio ofertado a partir de 1997.

Conforme os respectivos planos de ensino, fichas nº 1 e nº 2, as disciplinas ofertadas até 1994, Saúde Mental, Psiquiatria I e Psiquiatria II (Resol. nº 33 / 81, CEP / UFPR), apresentavam os seguintes objetivos a serem alcançados pelo aluno:

- ser capaz de ampliar a anamnese, incluindo nela os aspectos psicológicos e existenciais da realidade do paciente;
- estar capacitado a diagnosticar as principais fases da vida do ser humano e suas principais crises de desenvolvimento, considerando-as dentro da avaliação geral do indivíduo em questão;
- conhecer as formas básicas através das quais a psique pode manifestar situações patológicas, preparando-se para os conhecimentos de psicopatologia;
- ser capaz de reconhecer o homem por traz do paciente e utilizar esta habilidade em favor de ambos;
- ser capaz de realizar uma entrevista com um paciente psiquiátrico, efetuando uma anamnese e exame do estado mental;
- ser capaz de realizar um diagnóstico sindrômico do caso;
- estar motivado à interpretação e ao estudo das evoluções psíquicas;
- levar o aluno a conhecer as ocorrências da sintomatologia psíquica das formas clínicas;
- treinamento do mecanismo relação médico-paciente, bem como o sentido psicoterápico da ação médica.

As disciplinas ofertadas a partir da reforma curricular de 1994: Psiquiatria III, Psiquiatria IV e Psiquiatria V (Resol. nº 31 / 94, CEP / UFPR), enumeram os seguintes objetivos, que deverão ser alcançados pelo aluno:

- mostrar conhecimento das várias fases do ciclo vital e sua interferência na relação médico-paciente;
- ser capaz de utilizar conhecimento na detecção da integração biopsicossocial do paciente;
- ter habilidade na superação da dicotomia mente/corpo;

- mostrar competência no reconhecimento de conflitos pessoais através da sintomatologia;
- ser capaz de reconhecer alterações das várias funções mentais nos pacientes que vier a atender;
- ser capaz de fazer um diagnóstico sindrômico;
- conhecer o campo de trabalho, características da clientela e os recursos terapêuticos;
- ser capaz de bem utilizar a tecnologia médica-psiquiátrica e seus instrumentos, no sentido de diagnosticar os diversos transtornos mentais, dando o devido valor aos aspectos psico-sociais e somáticos;
- ser capaz de propor tratamento adequado apoiando-se nos dados obtidos;

O Estágio Eletivo em Psiquiatria (Resol. nº 31 / 94, CEP / UFPR), ofertado a partir de 1997, apresenta, para o aluno, os seguintes objetivos:

- conhecimento das determinantes bio-psico-sociais que influem no processo saúde-doença e a importância da Psiquiatria na formação do médico;
- ser capaz de um bom relacionamento médico-paciente, uma adequada avaliação diagnóstica e uma orientação terapêutica pertinente.

Da observação e análise dos dados apresentados, em relação aos objetivos de ensino da área de Psiquiatria no Curso de Medicina da UFPR, pode-se afirmar:

1. O enunciado de diversos objetivos, quer anteriores ou posteriores à reforma curricular, não estão conforme as orientações propostas por TAPAJÓS (1998).

Como exemplo da constatação acima, podem ser apresentados os seguintes objetivos, assim enunciados: *“estar motivado à interpretação e ao estudo das evoluções psíquicas”*; *“ser capaz de utilizar conhecimento na detecção da integração biopsicossocial do paciente”*; *“ter habilidades na superação da dicotomia mente/corpo”*; *“conhecimento das determinantes bio-psico-sociais que influem no processo saúde-doença e a importância da Psiquiatria na formação do médico”* (Planos de ensino das disciplinas da área de Psiquiatria, 1990 a 1998).

2. Tanto no período anterior à reforma curricular, quanto após a ela, os objetivos são apresentados sem que se diferencie entre as categorias de **conhecimento**, **habilidades e atitudes**, conforme a classificação proposta por Bloom (a mais aceita pelos educadores da área

médica) e utilizada para a apresentação dos objetivos a serem alcançados pelos alunos na área de Psiquiatria do Curso Médico da UFRGS.

3. Comparados aos objetivos a serem alcançados pelo ensino na área de Psiquiatria na UFRGS, os objetivos enunciados acima, em geral, não são operacionais e, também, não são definidos em termos concretos, sendo pouco claros e precisos. Não satisfazem, assim, as características apontadas por ABREU & MASETTO (1997) e GIL (1997).

Como exemplo, podem ser citados os objetivos que dizem respeito aos atos terapêuticos que o aluno deverá ser capaz de praticar após concluir a disciplina. Na UFPR, as disciplinas da área de Psiquiatria ministradas antes de 1994, estabeleciam como objetivo único, em relação aos atos terapêuticos esperados do aluno, *“treinamento do mecanismo relação médico-paciente, bem como o sentido psicoterápico da ação médica”*. Já as disciplinas ministradas, após 1994, têm como objetivo que o aluno seja *“capaz de propor tratamento adequado apoiando-se nos dados obtidos”*, enquanto o Estágio Eletivo em Psiquiatria, apresenta o seguinte objetivo *“ser capaz de um bom relacionamento médico-paciente, uma adequada avaliação diagnóstica e uma orientação terapêutica pertinente”*.

Por sua vez, o ensino de Psiquiatria na UFRGS, enumera como objetivos a serem alcançados pelos alunos, em relação aos atos terapêuticos, os seguintes: *“ser capaz de orientar pais e familiares em relação: ao planejamento familiar, à gravidez indesejada, à preparação psicológica para o parto, à relação inicial mãe-filho, à estimulação precoce do bebê e ao desenvolvimento normal”*; *“orientar pais e familiares em relação às perturbações emocionais mais frequentes do parto e do puerpério, às questões relativas à educação de crianças, ao atraso de desenvolvimento e aos problemas decorrentes de maus tratos, perdas, separação e adoção de crianças”*; *“orientar a família e o adolescente em relação: às dificuldades escolares, à delinquência, ao uso de drogas e álcool, à definição e escolha profissional, à*

gravidez e à sexualidade normal”; “orientar o paciente e a família frente: às desadaptações sociais, familiares e econômicas, aos problemas decorrentes de doença física e aos problemas devidos à aposentadoria, ao luto e ao envelhecimento”; “conhecer as diferentes terapêuticas psiquiátricas – psicoterapias, terapias biológicas e terapias sociais – suas indicações, contra-indicações e riscos”; “atender adequadamente, através de técnicas psicoterápicas, biológicas e socioterápicas os problemas psiquiátricos mais comuns”; “realizar os tratamentos farmacológicos mais comuns”, “realizar atendimento psicoterápico de crises agudas”; “apoiar e orientar as famílias de pacientes”.

Outro exemplo, que pode ser citado, diz respeito às atitudes esperadas do aluno ao concluir as disciplinas da área de Psiquiatria. Enquanto na UFPR não há nenhum objetivo citado, na UFRGS, as seguintes atitudes são esperadas do aluno, após concluir as disciplinas da área de Psiquiatria: *“estabelecer relação médica adequada com o paciente, sua família e com a equipe de saúde, caracterizada por respeito, consideração, confiança, cordialidade, empatia, interesse genuíno e disponibilidade”; “entender e respeitar as características raciais, socioculturais, filosóficas, religiosas e ideológicas dos pacientes e familiares”; “respeitar as normas éticas envolvidas no exercício da medicina”.*

Considerando que os objetivos escolhidos devem orientar o professor na seleção do conteúdo a ser ministrado, na escolha da estratégia de ensino utilizada e em relação ao que será avaliado, as deficiências acima apontadas (em relação aos objetivos a serem alcançados pelos alunos da área de Psiquiatria, no curso de Medicina da UFPR), poderão comprometer a elaboração das demais etapas do plano de ensino.

5.2 CONTEÚDO MINISTRADO

O conteúdo diz respeito aos temas ou assuntos que serão abordados ao se ministrar uma disciplina. Segundo BITTAR & MARCONDES (1998, p. 95) “conteúdo pode ser definido como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes envolvidos no processo ensino-aprendizagem”.

De acordo com ABREU & MASETTO (1997, p. 42), a importância do conteúdo deve ser relativizada, não se devendo tomar o conteúdo como ponto inicial a partir do qual se definem os demais elementos do processo de aprendizagem, ao contrário, o próprio conteúdo deve ser definido a partir dos objetivos propostos: “dependendo dos objetivos propostos, os conteúdos são escolhidos, revistos, atualizados, modificados, de tal forma que facilitem o alcance daqueles objetivos”. Assim “o conteúdo deixa de ser visto como o orientador do planejamento e passa a ser encarado como elemento para a concretização dos objetivos”(GIL, 1997, p. 53).

Ao selecionar o conteúdo a ser ministrado em uma disciplina, GIL (1997, p. 53-6) e BITTAR & MARCONDES (1998, p. 96-8), apontam alguns critérios que devem ser considerados, entre os quais são destacados:

- *vinculação aos objetivos*, uma vez que os objetivos constituem o ponto de partida para as ações de ensino;
- *validade*, ou seja, o conteúdo deve ser digno de confiança, representativo da disciplina e atualizado;
- *significação*, isto é, deve promover o interesse do aluno, devendo estar relacionado às suas experiências pessoais;

- *flexibilidade*, podendo ser modificado e adaptado a fim de atender às necessidades dos alunos;
- *adequação ao nível dos alunos*, tanto em termos de conhecimentos e habilidades previamente adquiridos, como de motivação e aspirações;
- *adequação ao tempo*, o conteúdo deve ser compatível com a carga horária da disciplina;
- *seqüência*, o conteúdo deve ser organizado e apresentado de forma ordenada e gradativa;
- *continuidade*, o conteúdo deve estar articulado e integrado com o conteúdo de disciplinas afins.

Ainda quanto à seleção do conteúdo, ABREU & MASETTO (1997, p. 43) consideram que sempre, quer o professor esteja ou não consciente, um conjunto de valores influenciam sua escolha, negando, assim, a neutralidade do conteúdo. Afirmam os autores: “Quando o professor opta por enfatizar tal e tal parte do conteúdo, em detrimento de outras, há sempre alguns valores educacionais presidindo essa opção”.

Em relação ao ensino médico, de acordo com BITTAR & MARCONDES (1998), a extraordinária evolução da Medicina tem levado, na mesma proporção, ao aumento do conteúdo, tornando impossível ensinar tudo. Nesse sentido, RIBEIRO (1998, p. 47), após concordar que o ritmo de produção do conhecimento na área médica coloca a impossibilidade de seu acompanhamento pelas disciplinas, introduzindo freqüentemente novos conteúdos a seus programas, afirma que no ensino médico “as novas tendências apontam, [...], para o privilegiamento do domínio dos princípios básicos que regem cada campo disciplinar, menos transitórios e essenciais para uma sólida formação”.

Referente ao ensino na área de Psiquiatria, os conteúdos ministrados, no Curso de Medicina da UFRGS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 1998) são, resumidamente, os seguintes:

- princípios gerais do desenvolvimento psíquico;
- o funcionamento psíquico, teoria estrutural, teoria tópica, conflito psíquico, instintos e pulsões, mecanismos de defesa, formação de sintomas;
- técnicas de realização de observação, questões éticas;
- técnica de entrevista, aspectos teóricos e práticos, entrevista simulada;
- o nascimento, o recém-nascido e os novos pais;
- os primeiros 15 meses de vida, a relação inicial mãe-bebê, a fase oral, o processo de separação e individuação;
- dos 15 aos 36 meses, o controle dos esfíncteres, a fase anal;
- o pré-escolar, dos 3 aos 7 anos, a fase fálica, a formação da identidade de gênero, a transição edípica, o despertar da sexualidade, o processo de identificação, o desenvolvimento moral e cognitivo;
- a idade escolar, o ingresso na escola, o ambiente em expansão, os grupos, situações de aprendizagem e procedimentos;
- a adolescência, formação da identidade, puberdade, a perda dos pais e do corpo da infância, vocação profissional, o encontro do outro, a transição do conflito edípico, mudanças cognitivas e éticas, conflito entre pais e filhos;
- o adulto jovem, a escolha da profissão e o início de seu exercício, a escolha e a formação do par, o nascimento dos filhos, a escolha de objetivos e metas a serem alcançadas;
- a meia-idade, a avaliação da vida, do casamento, dos filhos, da profissão, a saída dos filhos de casa, climatério e menopausa;
- sexualidade adulta, psicologia e fisiologia sexual, aborto, anticoncepção, divórcio;
- a velhice, a aposentadoria, suas perdas, o isolamento, a solidão, a perspectiva da morte, a morte, o luto na família;
- a implicação psicológica do fato de estar doente, as reações da família a doença;
- as características psicológicas e psicopatológicas do indivíduo doente;
- o médico, sua personalidade, motivações para a escolha da profissão, a família do médico;
- reações do paciente ao primeiro contato com o médico, a importância das atitudes do médico;
- reações do paciente durante o tratamento, o efeito placebo, o manejo da família;
- a relação médico-paciente em situações especiais: com crianças e seus pais, nas urgências, nas cirurgias, com pacientes terminais, com pacientes psiquiátricos;
- Ética em Medicina, a Ética e o estudante de Medicina;
- a doença e o doente, modelos etiológicos em Psiquiatria;
- avaliação e entrevista psiquiátricas;
- conceitos e sistemas classificatórios em Psiquiatria;
- semiologia descritiva e compreensiva;
- bases neurofisiológicas e neuroquímicas do comportamento;
- bases psicodinâmicas do comportamento;

- síndromes orgânicas: *delirium* e demência;
- urgências psiquiátricas;
- transtornos psiquiátricos: do idoso, delirante, psicótico breve, esquizofrenia, do humor, de ansiedade, somatoformes, alimentares, devido a uma condição médica geral, dissociativos, factícios, de ajustamento e reativos a estresse, de personalidade, dependências químicas;
- Psiquiatria infantil;
- Psiquiatria social e da comunidade;
- sexualidade normal e patológica;
- farmacoterapia: antipsicóticos, antidepressivos e eletroconvulsoterapia, ansiolíticos;
- psicoterapia: cognitiva, psicodinâmica breve, de orientação analítica, de casal, de família, Psicanálise.

Observando os conteúdos acima, os mesmos se vinculam aos objetivos de ensino propostos, apresentados no item 5.1. Nota-se, também, que os mesmos satisfazem os critérios apontados por GIL (1997) e por BITTAR & MARCONDES (1998).

Quanto aos conteúdos ensinados na área de Psiquiatria do Curso de Medicina da UFPR, os temas e assuntos ministrados, nas disciplinas de Saúde Mental, Psiquiatria I e Psiquiatria II, antes da reforma curricular de 1994, conforme os respectivos planos de ensino (fichas nº 1 e nº 2), eram os seguintes:

- conceito de normalidade em saúde mental;
- personalidade e psicologia do desenvolvimento – as oito idades do homem;
- concepção e gestação;
- infância e adolescência;
- idade adulta e velhice;
- funções do *ego* e mecanismo de defesa;
- a relação médico-paciente, a entrevista médica, a entrevista psiquiátrica;
- as funções mentais;
- o homem e suas circunstâncias;
- a morte;
- etiopatogenia psiquiátrica: bases neurofisiológicas do comportamento, teorias do comportamento, o papel do *stress*;
- psicopatologia (4 aulas);
- desordens do sono;
- síndromes em Psiquiatria;
- diagnóstico em Psiquiatria;
- ansiedade;
- depressão (2 aulas);
- medicina psicossomática;

- esquizofrenia;
- neuroses;
- psicose maníaco-depressiva;
- deficiência mental;
- síndromes orgânicos;
- síndrome infanto-juvenil;
- desordens da personalidade;
- psicofármacos;
- Psiquiatria de emergência;
- alcoolismo.

As disciplinas: Psiquiatria III, IV e V, instituídas a partir da reforma curricular (Resol. nº 31 / 94, CEP / UFPR), ministram, de acordo com seus planos de ensino, o seguinte conteúdo:

- a relação médico paciente;
- bases neurofisiológicas do comportamento;
- mente/corpo, a personalidade, estruturas da personalidade, mecanismos de defesa do *ego*;
- bases evolutivas, o ciclo vital;
- as funções mentais, entrevista e exame do estado mental;
- psicopatologia (6 aulas);
- psicopatologia do sono;
- etiopatogenia psiquiátrica;
- diagnóstico psiquiátrico;
- síndromes psiquiátricas;
- síndromes psico-orgânicas;
- síndromes psicossomáticas;
- transtornos de ansiedade: ansiedade generalizada, fobia, pânico, obsessivo compulsivo.
- transtorno somatoforme;
- transtorno de personalidade;
- transtornos mentais orgânicos (2 aulas);
- transtornos do humor (2 aulas);
- esquizofrenias;
- transtornos alimentares;
- transtornos mentais decorrentes do álcool e outras substâncias psicoativas (2 aulas)
- psicopatologia na infância e na adolescência, Psiquiatria infanto-juvenil;
- psicopatologia na terceira idade;
- emergências psiquiátricas;
- recursos terapêuticos em psiquiatria, ambientes terapêuticos;
- psicoterapias - generalidades (1 aula);
- Psiquiatria comunitária;
- psicofarmacoterapia (4 aulas): ansiolíticos e hipnoindutores, neurolépticos, antidepressivos, moduladores do humor.

Quanto ao Estágio Eletivo em Psiquiatria caracteriza-se por ser treinamento em serviço, com pacientes, trabalhando com os mesmos conteúdos das disciplinas obrigatórias porém, com enfoque predominantemente prático, dando prioridade ao desenvolvimento de habilidades.

Da análise dos dados sobre o ensino da Psiquiatria na UFPR, pode-se afirmar:

1. Torna-se difícil constatar o vínculo entre os conteúdos relatados e os objetivos propostos, uma vez que esses objetivos apresentam as deficiências antes apontadas (item 5.1).

2. Ocorreram algumas alterações, no conteúdo ministrado, após a reforma curricular, estando essas alterações de acordo com o desenvolvimento do conhecimento científico na área. Entre elas destaco:

- alterações na nomenclatura utilizada, adequando-a às modernas classificações nosológicas em Psiquiatria, o que pode ser observado pela substituição de termos como *“neurose”* e *“psicose maniaco-depressiva”*, por termos como *“transtornos de ansiedade”* e *“transtornos do humor”*;
- aumento de horas dedicada ao ensino dos psicofármacos, passando de 1 para 4 aulas (possibilitado, também, pelo aumento da carga horária ofertada pela área de Psiquiatria após a reforma curricular), atendendo ao grande desenvolvimento que vem ocorrendo nesse setor da Psiquiatria;
- inclusão de novos temas como: *“transtornos alimentares”*, *“transtornos mentais decorrentes do uso de outras substâncias psicoativas”*, *“Psiquiatria comunitária”* e *“psicoterapias - generalidades”*.

3. Apesar dos avanços que representam as alterações citadas, duas deficiências devem ser apontadas:

- o pequeno espaço reservado ao ensino da Neurociência, apenas uma aula – *“bases neurofisiológicas do comportamento”*, embora, seja este um dos campos de maior desenvolvimento nas ciências psiquiátricas. Deve-se lembrar, porém, que este tema pode ser abordado como parte de outros temas, como no ensino de cada um dos transtornos psiquiátricos e dos psicofármacos;
- o pouco tempo destinado ao ensino dos aspectos sociais e comunitários da Psiquiatria, aos quais também é reservado apenas uma aula – *“Psiquiatria comunitária”*, apesar da importância assumida por estes na Psiquiatria atual.

4. Comparando com o conteúdo ministrado nas disciplinas da área de Psiquiatria na UFRGS, constata-se que o ensino naquela Universidade apresenta:

- maior preocupação com temas relacionados a psicologia do médico, do paciente, da relação médico-paciente, da família do paciente e da relação do médico com a família do paciente, o que pode ser constatado pela relação de conteúdos ministrados na Psiquiatria da UFRGS, os quais, inclusive, não constam na relação dos conteúdos ministrados na UFPR, tais como: *“o médico, sua personalidade, motivações para a escolha da profissão, a família do médico”*, *“a implicação psicológica do fato de estar doente, as reações da família à doença”*, *“as características psicológicas e psicopatológicas do indivíduo doente”*, *“reações do paciente durante o tratamento, o efeito placebo, o manejo da família”*;
- maior tempo dedicado à psicoterapia, com 4 aulas teóricas – *“psicoterapia cognitiva”*, *“psicoterapia psicodinâmica breve”*, *“psicoterapia de orientação analítica e Psicanálise”* e *“psicoterapia de casais e família”*- e treinamento prático, enquanto na UFPR é ministrada apenas 1 aula teórica – *“psicoterapias – generalidades”* – sobre este tema, sem referência à atividade prática.

Do exposto, duas constatações merecem destaque:

- não é possível estabelecer vinculação entre os conteúdos e os objetivos de ensino propostos na área de Psiquiatria do curso de Medicina da UFPR, contrariando, deste modo, as recomendações de GIL (1997) e de BITTAR & MARCONDES (1998);
- temas relacionados à formação psicológica do Médico, bem como aos aspectos sociais e comunitários da Psiquiatria, se fazem presentes com maior intensidade no ensino da área de Psiquiatria no Curso de Graduação da UFRGS em comparação ao da UFPR, estando assim, aquele ensino, mais próximo de satisfazer uma das tendências do ensino médico atual, que é o de melhorar a formação humana do médico, possibilitando a ele perceber a pessoa doente como ser integral, bio-psico-social e prestar atendimento, sempre que necessário, aos aspectos emocionais e à família da pessoa enferma. Neste sentido, o ensino ministrado na UFPR, apresenta-se deficiente.

5.3 ESTRATÉGIAS DE ENSINO

Neste trabalho o termo “estratégias” é usado, conforme ABREU & MASETTO (1997, p.50), em sentido bastante amplo, incluindo “o que normalmente se chama de metodologia de sala de aula, de técnicas de ensino, de técnicas pedagógicas, de métodos didáticos”, termos esses aos quais, embora alguns autores tenham atribuído significados diferentes, são usados no dia-a-dia das escolas, geralmente, com o mesmo sentido. Assim, “estratégias são os meios que o professor utiliza em sala de aula para facilitar a aprendizagem dos alunos, ou seja, para conduzi-los em direção aos objetivos daquela aula” (ABREU & MASETTO, 1997, p. 50). As

mesmas considerações sobre o uso do termo estratégia, em relação ao planejamento do ensino, são feitas por GIL (1997, p. 67-8).

ABREU & MASETTO (1997, p. 50) sugerem que, também, a importância das estratégias no processo ensino-aprendizagem seja relativizada, pois é a partir dos objetivos propostos que estas devem ser definidas: “É *aonde* o professor pretende que seus alunos cheguem que se torna o ponto orientador das decisões tomadas em relação ao *como* chegar lá”.

Segundo MASCARETTI (1998, p. 187), após o professor definir os objetivos a serem alcançados e, a partir desses, determinar os conteúdos a serem trabalhados, ele irá “escolher os métodos a serem empregados para melhor alcançar a aprendizagem”. Ressalta que “na fase de escolha da metodologia, ou seja, *como* ensinar, [...] é preciso decidir *que tipo de atividade é o mais adequado para atingir nossos objetivos e desenvolver os conteúdos*”. É, portanto, tarefa das mais importantes, na planificação do ensino, a escolha das estratégias que melhor viabilizem o alcance dos objetivos propostos.

MASCARETTI (1998) aponta alguns aspectos que devem ser considerados nesta escolha:

- número de alunos – alguns métodos de ensino são mais adequados para um número maior de alunos, por exemplo a aula expositiva, enquanto outros, como as técnicas de grupo, são mais propícios para um número menor de alunos;
- qualidade dos professores – a formação e o compromisso dos professores envolvidos no ensino é fator dos mais importantes na escolha da estratégia a ser utilizada;
- disponibilidade de local – a falta de local adequado pode inviabilizar a utilização de alguns métodos como seminários, aulas práticas e outros;

- disponibilidade de recursos auxiliares – a falta de recursos, como por exemplo os audiovisuais, pode limitar a escolha feita pelo professor;
- grau de autonomia desejada para o aluno – se o desejo é que o aluno tenha uma atitude mais passiva, pode-se utilizar aulas expositivas e teóricas, centradas no professor, caso contrário, pode-se optar por técnicas de grupo, buscando maior participação do aluno.

Por sua vez, BITTAR & MARCONDES (1998, p. 98), citam algumas características, para uma boa estratégia de ensino, na área médica:

- utilizar o contexto clínico, possibilitando, o mais precoce possível, contato com o paciente;
- desenvolver, no aluno, o processo de raciocínio clínico;
- estimular a participação ativa do aluno, desenvolvendo o processo de auto-aprendizagem;
- aumentar a motivação do aluno para aprender.

De acordo com os autores citados, “o aprendizado ativo é o que se tem mais valorizado na literatura atual do ensino médico” (BITTAR & MARCONDES, 1998, p. 98).

Da mesma maneira, MASSAD et al. (1998, p. 212), apontam que “o maior desafio dos educadores modernos é a busca de técnicas que maximizem a motivação tanto dos alunos quanto dos professores” propiciando, assim, o “treinamento de alunos e professores em técnicas de auto-aprendizado contínuo”, possibilitando o que estes autores denominam de *aprendizado motivado*.

Comentando a importância da motivação para o aprendizado, ABREU & MASETTO (1997, p. 55-7) afirmam que “as estratégias são um forte elemento de atuação sobre a motivação dos alunos”. Chamam atenção para a necessidade da variação das estratégias

utilizadas, pois isto permitirá “que se atenda a diferenças individuais existentes no grupo de alunos”, bem como, favorecerá “o desenvolvimento de diversas facetas dos alunos”. Daí, conforme os autores, “o professor precisar conhecer as estratégias existentes para poder empregá-las ou adaptá-las”.

Quanto às estratégias existentes, serão tomadas como referência para sua classificação e estudo as oito categorias propostas por ABREU & MASETTO (1997, p. 62), tecendo-se considerações sobre sua aplicação ao ensino na área médica e psiquiátrica, como vem a seguir:

I. Primeiro encontro: aquecimento, desbloqueio.

Essas estratégias são usadas para apresentação dos membros de um grupo, propiciando sua integração e trabalho conjunto. Entre as estratégias desta categoria destaco:

Apresentação simples – cada membro do grupo se apresenta oralmente, sendo válida para grupos pequenos, composto de até 15 a 20 pessoas.

Apresentação cruzada em duplas – os participantes se reúnem em duplas e, após entrevistarem-se um ao outro, cada um apresenta o outro ao grupo todo.

Tempestade cerebral – dado um tema, cada componente do grupo expressa oralmente, em uma palavra ou frase curta, tudo o que lhe vem a cabeça em relação ao tema proposto.

II. Situações simuladas.

São estratégias que se utilizam de situações simuladas, as quais buscam reproduzir uma situação real. Segundo ABREU & MASETTO (1997, p. 68), tem entre seus objetivos

“desenvolver a capacidade de analisar problemas e encaminhar soluções e preparar-se para enfrentar situações reais e complexas, mediante o estudo de situações propostas no ambiente não ameaçador de sala de aula”. Essas estratégias motivam a participação e a interação entre os alunos, dentre elas destacam-se as seguintes:

Dramatização – dada uma determinada situação, os alunos deverão montar uma representação, na qual demonstrarão o que fazer diante dela.

Jogos e desempenho de papéis – são estipulados determinados papéis para serem desempenhados pelos alunos.

O professor de Psicologia Médica e de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Arthur Kaufman, em sua obra “Teatro pedagógico: bastidores da iniciação médica”, comenta a importância das metodologias psicodramáticas para o aprendizado de conhecimentos, habilidades e atitudes a respeito da relação médico-paciente, bem como para a vivência de outras situações relacionadas ao desempenho da profissão médica. Para o professor, a utilização dessas metodologias de ensino possibilita “a gradativa integração dos aspectos psicológicos na teoria e prática da medicina [...] caminhando no sentido de se construir um médico que, [...], procura interagir com a *pessoa*: a pessoa do doente, em vez da doença e do exame subsidiário; a pessoa do colega, e não ‘o concorrente’; a pessoa do professor, e não ‘a instituição’ ” (KAUFMAN, 1992, p. 45).

Estudo de caso – o professor apresenta aos alunos um caso real, fictício ou adaptado à realidade, o qual será discutido e analisado pelos alunos. No ensino médico esta estratégia é conhecida como **discussão de caso clínico**, que, segundo SANTOS (1987, p. 196), “consiste em propor à classe, para discussão, um caso clínico que já tenha sido objeto de avaliação clínica prévia”. Conforme o autor, tal estratégia permite ao aluno a aplicação, a fixação e a integração dos conhecimentos adquiridos.

O estudo de caso também pode ser empregado, ao se iniciar o estudo de um novo tema, com o objetivo de motivar o aluno, pois a procura de solução para os problemas colocados pelo caso, servirá de estímulo à busca de novos conhecimentos.

III. Confronto com situações reais.

Como o próprio nome indica, são estratégias que colocam o aluno em contato direto com situações reais. Essas estratégias vão um passo além das anteriores, pois colocam o aluno diante de uma situação real, na qual deve agir como profissional, porém sob a supervisão de um professor. Em algumas estratégias, o próprio aluno executa a atividade envolvida na situação de aprendizado, em outras, o aluno apenas observa a atividade desenvolvida por outro, seja aluno ou professor.

O principal objetivo é preparar o aluno para uma efetiva ação profissional, ou seja, possibilitar que o aluno aprenda a fazer.

Esta categoria é das mais utilizadas no ensino médico, destacando-se as seguintes estratégias.

Prática clínica ou treinamento para solução de problemas clínicos – o aluno é colocado em contato direto com o paciente, assumindo ele próprio, sob a supervisão docente, a conduta terapêutica necessária.

Conforme SANTOS (1987, p. 194), o âmago da preparação do futuro médico está no treinamento clínico, que deverá ser realizado em enfermarias e ambulatórios hospitalares, bem como em centros de saúde e outros serviços de atenção primária à saúde. Este autor afirma que “é na interação com o paciente, assumindo responsabilidades crescentes na sua condução, sempre sob adequada supervisão, que o aprendiz encontrará a situação ideal para a aplicação

dos conhecimentos adquiridos, para o desenvolvimento de habilidades e atitudes, e para o desenvolvimento do pensamento médico crítico, fundamental para a solução de problemas de saúde e de doença”.

Visita à enfermaria – consiste em visita, previamente planejada, às enfermarias, da qual participam os alunos e os professores, sendo o caso de cada paciente abordado e discutido em conjunto pelos participantes.

Deve-se lembrar que um dos modelos de ensino médico defendido por diversos educadores da área (SANTOS, 1987; FRAGA FILHO & ROSA, 1980; CHAVES & RASA, 1990), o “Modelo Docente Assistencial de Educação Médica” visa a integração das atividades de ensino-aprendizagem com atividades de assistência à saúde, uma vez que, neste modelo, o docente é colocado, juntamente com o aluno, como responsável direto pela atenção ao paciente. Segundo SANTOS (1987, p. 92-3) “o modelo de ensino assistencial é altamente motivador para o estudante, pois ele tem contato com a realidade de saúde do meio em que vive, ficando automaticamente exposto a novas situações, que representam para ele verdadeiros desafios – e o desafio é uma das grandes motivações sociais para o homem”, com esta situação “a capacidade de iniciativa do aluno será estimulada, bem como sua autoconfiança e seu senso crítico, tornando-o assim apto a resolver novos problemas”.

Atendimento em sala com espelho unidirecional – o paciente é atendido em sala com espelho unidirecional, sendo assistido pelos alunos e, após, é realizada uma discussão sobre a conduta no atendimento.

Este método é utilizado pelo professor de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Theodor Salomão Lowenkron, para o ensino de *psicoterapia breve* (um recurso bastante utilizado para o tratamento de problemas emocionais) aos alunos do quarto

ano do curso de medicina. O método, sua utilização e os resultados obtidos, estão relatados na publicação “Psicoterapia psicanalítica breve” de LOWENKRON, 1993.

IV. Estratégias de estudo em pequenos grupos.

Nesta categoria estão agrupadas algumas estratégias e técnicas de trabalho em grupo, as quais possuem em comum os seguintes objetivos: aprendizagem cognitiva da matéria; estimular o debate e a participação ativa do aluno no processo ensino-aprendizagem; possibilitar o trabalho em equipe, desenvolvendo atitudes de cooperação e respeito aos colegas; estímulo à auto-aprendizagem (SANTOS, 1987; GIL, 1997; ABREU & MASETTO, 1997; MASCARETTI, 1998).

Diversas técnicas de grupo para o ensino superior encontram-se descritas em ABREU & MASETTO (1997, p. 70-5) e GIL (1997, p. 83-6), e para o ensino na área médica em SANTOS (1987, p. 187-91) e MASCARETTI (1998, p. 238-9).

Entre as técnicas de grupo utilizadas no ensino médico, destaco as seguintes: **técnica de fracionamento (Philips 66); pequenos grupos com uma só tarefa; pequenos grupos com tarefas diversas e grupo de verbalização e de observação (GV-GO).**

V. Estratégias com presença de especialistas e / ou preparação prévia.

São estratégias mais complexas, características do ensino superior, uma vez que para sua utilização é necessário certa maturidade e independência intelectual por parte dos participantes. Os principais objetivos desta categoria são: estímulo ao auto-aprendizado,

desenvolvimento de independência intelectual e desenvolvimento da capacidade crítica frente a novos conhecimentos.

Diversas estratégias estão descritas em ABREU & MASETTO (1997, p.76-7). Em relação às utilizadas no ensino médico, MASCARETTI (1998, p. 238-40) cita: **seminário; painel; mesa redonda e colóquio.**

Entre as estratégias acima, destaco o **seminário**, por ser a mais utilizada. Trata-se do aprofundamento do estudo de um tema, a partir de diferentes ângulos, no qual cada aluno estuda uma parte do mesmo e em seguida o apresenta aos demais, para debate. Poderão ser utilizados um ou vários encontros, com a apresentação de um ou mais alunos em cada encontro. A escolha e a distribuição dos temas a serem estudados, bem como, o tempo disponível para o preparo dos mesmos, será decidido juntamente pelos alunos e professor. Conforme ABREU & MASETTO (1997, p. 76), na utilização desta estratégia “cada aluno se transforma em *especialista* em parte de um problema e transmite ao resto da classe o seu conhecimento, relacionando-o com o de outros alunos, *especializados* em outras partes do problema”.

VI. Estratégias centralizadas no professor.

São estratégias nas quais o professor se responsabiliza pela organização e apresentação do tema a ser estudado. Os principais objetivos desta categoria são: apresentação de um novo tema, mostrando a importância e despertando o interesse pelo estudo do mesmo; apresentar, ao aluno, os desenvolvimentos mais recentes no campo em estudo; permitir, ao aluno, conhecer a experiência pessoal do professor em relação ao tema em estudo; esclarecer dúvidas.

Segundo ABREU & MASETTO (1997, p. 78) estas estratégias podem ser bastante enriquecidas com a utilização de recursos auxiliares, como quadro negro, retro-projetor, diapositivos e outros.

Dentro desta categoria, devido à frequência com que são utilizadas, destaco as seguintes estratégias:

Aula expositiva – é o método mais utilizado no ensino médico, “consiste numa preleção verbal utilizada pelos professores com o objetivo de transmitir informações a seus alunos” (GIL, 1997, p. 69).

Segundo VANZOLINI (1998, p. 190), as aulas expositivas são valiosas para “transmitir um assunto vasto ou complexo que precisa ser organizado”. Porém, a mesma autora alerta que: “aulas expositivas são freqüentemente criticadas por relegarem o aluno a um papel passivo e dependente de anotações. Ele recebe a informação pronta e geralmente o que se espera é que seja capaz de reproduzi-la o mais fielmente possível”. Outras críticas em relação a esta estratégia são: a dificuldade em manter a atenção do aluno, uma vez que o mesmo permanece passivo durante a apresentação do professor e a impossibilidade do professor avaliar se o aluno está compreendendo o que está sendo transmitido.

Confrontando, de um lado, as considerações acima sobre a aula expositiva e, de outro, a tendência atual no ensino médico, que tem procurado estimular a iniciativa e a participação ativa do aluno no processo ensino-aprendizagem, pode-se concluir que a aula expositiva tem sido excessivamente utilizada neste ensino.

Exposição dialogada – “técnica em que o professor ao mesmo tempo que expõe um assunto provoca junto aos alunos um diálogo sobre o tema” (MASCARETTI, 1998, p. 238). Segundo a autora, esta técnica, comparada à aula expositiva, tem as seguintes vantagens: quebra a passividade, motiva os alunos, permite a avaliação e o controle sobre o aprendizado.

VII. Participação em pesquisas e projetos.

São características do ensino superior, tendo como principal objetivo a participação do aluno no processo de construção do saber e o desenvolvimento do pensamento crítico em relação aos conhecimentos adquiridos.

Em relação ao ensino na área médica, MARCONDES et al. (1998, p.77) consideram que a participação em atividades de pesquisa permite “a iniciação científica do aluno”, bem como possibilita “aprimorar o desempenho do futuro médico”.

VIII. Estratégias baseadas em leitura e escrita.

Estas estratégias tanto podem ser utilizadas isoladamente ou como atividades complementares a outras estratégias. Segundo ABREU & MASETTO (1997, p.85-8), fazem parte deste grupo:

Leitura – trata-se de um ato ativo, pois “o aluno sempre dá uma contribuição pessoal ao que foi escrito pelo autor” (ABREU & MASETTO, 1997, p. 86-7). Esses autores, também afirmam que “não é suficiente determinar as leituras a serem feitas; é preciso interessar o aluno nelas, guiá-lo nessa tarefa, fornecer-lhe referências sobre o texto e o autor, relacionar o conteúdo do texto com outros itens da própria e de outras disciplinas”.

Trabalho escrito – possibilita ao aluno organizar de forma mais adequada suas idéias, bem como adquirir habilidade nesta importante forma de comunicação.

Material programado ou **estudo dirigido** – ABREU & MASETTO (1997, p. 88) tecem considerações gerais sobre esta estratégia; por sua vez, MASCARETTI (1998, p. 240-2), comenta a sua utilização no ensino médico.

Ainda, em relação às estratégias e aos métodos de ensino, cabe referenciar e fazer algum comentário sobre alguns recursos e métodos que têm despertado um interesse particular nos educadores que atuam na área médica: recursos audiovisuais e informática, aprendizagem baseada em problema e utilização do tutor.

MATHIAS et al. (1998, p. 193-210) e MASSAD et al. (1998, p. 211-22), trazem sua contribuição quanto ao uso dos *recursos audiovisuais e da informática* no ensino médico. Especificamente em relação a área de psiquiatria, destaco a utilização de entrevistas *videogravadas*, por LOWENKRON (1993, p. 133-40), para o ensino de *psicoterapia breve* aos alunos do quarto ano de medicina.

Comentando a utilização dos recursos audiovisuais, BATISTA & SILVA (1998, p. 118), afirmam: “constituem um instrumento, ou seja, um meio e não um fim em si mesmo, um suporte para a melhoria do processo de aprendizado do aluno...”, e citam os dizeres de Haidt “durante a apresentação dos recursos audiovisuais é preciso desencadear a atividade operativa dos alunos, fazendo-os acionar e mobilizar seus esquemas mentais [...], seja através da atividade sensório-motora, seja através da atividade operatória...”.

A aprendizagem baseada em problema – ABP (ou PBL - problem-based learning) é uma metodologia, desenvolvida na Universidade de McMaster no Canadá. Após ter sido aplicada em mais de 60 escolas médicas de diversos países, a partir de 1997 vem sendo utilizada na reforma curricular que está sendo implantada em duas escolas médicas brasileiras, na Faculdade de Medicina de Marília e no Curso de Medicina da Universidade Estadual de

Londrina. Em consequência, esta metodologia tem sido alvo de inúmeras publicações e apresentações em congressos sobre educação médica (KOMATSU et al., 1998, p. 223-35).

A ABP é apresentada como a metodologia que representa o modelo inovador para o ensino médico, em oposição ao antigo, denominado modelo tradicional. Conforme BATISTA & SILVA (1998, p. 29 e 39) e KOMATSU et al. (1998, p. 223-27), a ABP possui as seguintes características:

- centrada no aluno;
- utiliza a resolução de problema como estímulo à aquisição de conhecimentos e habilidades;
- estimula a auto-aprendizagem;
- utiliza recursos educacionais múltiplos e relevantes;
- organizado em pequenos grupos, utilizando tutores (grupos de tutoria);
- avaliação formativa contínua;
- considera qualidades e estilos pessoais do aluno;
- baseado em necessidades prioritárias de saúde e na atenção primária.

A utilização do *professor como tutor*, possibilitando melhorar e aumentar o tempo de permanência do professor com o aluno, tem sido apontada como um fator de melhoria do ensino médico, tanto nas escolas que adotam o currículo fundado na ABP, como nas que não o adotam. Nesse sentido, o Dr. Marcello Marcondes Machado, diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em entrevista concedida à revista *Médicos* (1998, p. 8) afirma: “O que vai determinar a qualidade do ensino médico é o contato docente/aluno. A palavra tutor está ressurgindo com força.[...]. Eu estou convicto, e outros muitos também, que é a permanência do professor com os alunos, o tempo de ensino, é que vai fazê-los melhores ou piores”.

Conforme documento da UFGRS (1998), os objetivos do ensino da área de Psiquiatria deverão ser atingidos mediante a participação do aluno em diferentes situações de aprendizagem, a saber:

- dramatização;
- entrevista simulada;
- estudo e discussão de casos;
- observação de situações reais;
- acompanhamento das atividades do serviço de Psiquiatria: internação, atendimento em ambulatório, serviço de emergência, consultoria;
- entrevista em situação real e exame psiquiátrico de pacientes;
- atividades práticas no serviço de Psiquiatria: atendimento a pacientes internados, a pacientes do ambulatório, a situações de emergência e a atividades de consultoria;
- atividade psicoterápica;
- atendimento em grupo;
- plantão no serviço de Psiquiatria (emergência e internação);
- entrevistas com família;
- atividade em pequenos grupos;
- seminários;
- simpósios;
- aulas expositivas (teóricas);
- observação em vídeos;
- elaboração de trabalho de campo, pesquisa de campo;
- pesquisa bibliográfica;
- apresentação de trabalho escrito, elaboração de monografia.

Analisando os dados acima, em relação aos métodos de ensino empregados na área de Psiquiatria na UFGRS, pode-se afirmar:

- estão condizentes com os objetivos do ensino propostos pelas disciplinas da área (especificados no item 4.1), seguindo as orientações atuais para a elaboração do plano de ensino (GIL, 1997; ABREU & MASETTO, 1997; MASCARETTI, 1998);
- há diversificação de estratégias de ensino, o que está de acordo com o proposto por ABREU & MASETTO (1997);
- são utilizadas estratégias que motivam e possibilitam a aprendizagem ativa – “*dramatização*”, “*estudo e discussão de caso*”, “*acompanhamento de atividades*”, “*entrevista em situação real*”, “*atividades práticas em serviço*”, “*atividade*

psicoterápica”, “*elaboração de trabalho de campo e pesquisa de campo*” – estando de acordo com as tendências atuais do ensino médico (BITTAR & MARCONDES, 1998; MASSAD, 1998);

- permitem que o aluno seja colocado em contato com o paciente – “*entrevista em situação real e exame psiquiátrico de pacientes*”, “*atividades práticas no serviço de Psiquiatria*”, “*atividade psicoterápica*”, “*plantão no serviço de Psiquiatria*”, “*entrevistas com familiares*” – possibilitando, conforme BITTAR & MARCONDES (1998), o adequado aprendizado na área médica;
- possibilitam a integração das atividades de ensino-aprendizagem com atividades de assistência à saúde, conforme o “Modelo Docente Assistencial de Educação Médica”, defendido por médicos educadores como: FRAGA FILHO & ROSA (1980), SANTOS (1987), CHAVES & ROSA (1990);
- estão presentes métodos apontados, especificamente, como úteis ao ensino de Psiquiatria (KAUFMAN, 1992; LOWENKRON, 1993) – “*dramatização*”, “*atividade psicoterápica*” e “*observação em vídeos*”;
- não há referência à utilização do professor como tutor, nem a metodologia de “aprendizagem baseada em problemas - ABP”, dois recursos citados com frequência na literatura atual sobre ensino médico.

Quanto ao ensino na área de Psiquiatria, na UFPR, os documentos estudados possibilitaram a obtenção dos seguintes dados:

No período anterior à reforma curricular, de acordo com os respectivos planos de ensino – fichas nº 1 e nº 2 , as disciplinas de Saúde Mental, Psiquiatria I e II, utilizavam as seguintes estratégias de ensino:

- aula teórica – expositiva – ministrada, em conjunto, para todos os alunos matriculados na disciplina (80 a 90 alunos), correspondendo a metade da carga horária total;
- aula prática – estudo de caso, entrevista de paciente – ministrada para grupos de 12 a 15 alunos, podendo ser com ou sem a presença do paciente;
- trabalho escrito – elaboração de relatório sobre as atividades práticas;
- seminários – não há especificação quanto ao número de alunos participantes.

Após a reforma curricular, as disciplinas de Psiquiatria III, IV e V, utilizam as seguintes estratégias de ensino:

- aula teórica – expositiva – ministrada para todos os alunos (80 a 90 alunos), correspondendo a um terço da carga horária total;
- aulas práticas – entrevista de paciente, estudo de caso – ministradas para grupos de 12 a 15 alunos, com ou sem a presença de paciente;
- trabalho escrito – elaboração de relatório sobre as atividades práticas.

O Estágio Eletivo em Psiquiatria, ofertado a partir de 1997 e freqüentado por menos de 5% dos alunos, utiliza as seguintes estratégias:

- treinamento em serviço (acompanhamento de paciente);
- reunião clínica – estudo de caso;
- seminário.

Analisando os dados acima, em relação ao ensino de Psiquiatria na UFPR, pode-se concluir:

1. Não é possível verificar se os métodos de ensino utilizados estão condizentes com os objetivos de ensino propostos, uma vez que, conforme apontado no item 5.1, esses objetivos não estão adequadamente formulados.

2. No ensino atualmente ministrado pelas disciplinas obrigatórias, é citada a utilização de três estratégias, as quais não atendem à proposta de ABREU & MASETTO (1997), que sugerem a utilização de diversas estratégias, permitindo variação, como um recurso favorável ao aprendizado.

Comparando-se as estratégias, empregadas no ensino na área de Psiquiatria da UFPR com aquelas da UFRGS, constata-se que na UFPR as estratégias são pouco diversificadas, enquanto na UFRGS são apontadas dezenove estratégias.

3. Embora com a mudança curricular tenha havido uma redução da carga horária ocupada com aulas expositivas, no ensino de Psiquiatria, na UFPR, passando de 50% para 33% do tempo total oferecido pelas disciplinas da área no currículo obrigatório, este método de ensino manteve-se como o único método utilizado nas aulas ditas teóricas, uma vez que mesmo a utilização de seminários, referida no período anterior à implantação do currículo atual, não é referida posteriormente à sua implantação. Faz-se necessário esclarecer que a redução do tempo ocupado com aulas expositivas, deve-se a um dos princípios do novo currículo, que é o de aumentar o tempo destinado a atividades práticas com a concomitante redução do tempo ocupado em atividades teóricas.

A utilização da aula expositiva, como método predominante de ensino, é apontada na literatura como sendo uma característica do ensino médico, passível porém, de algumas críticas, entre as quais a de ser considerada um método de ensino passivo, o que contraria a tendência atual no ensino médico de optar por métodos ativos.

Assim, constata-se que o ensino ministrado na área de Psiquiatria, no curso de graduação em Medicina da UFPR, não tem acompanhado as tendências apontadas para o ensino médico por autores como BITTAR & MARCONDES (1998), MASSAD (1998) e outros, ou seja, a utilização de estratégias que motivem o aluno e possibilitem a aprendizagem ativa.

4. O contato do aluno com o paciente, nas disciplinas obrigatórias, limita-se, no máximo, a uma vez por semana, durante a aula prática. Nessa ocasião, um grupo de 12 a 15 alunos, acompanhados do professor, entrevistam e discutem o caso de um paciente.

O treinamento em serviço, também denominado, prática clínica ou treinamento para solução de problemas clínicos, embora permita um contato mais intenso e adequado entre aluno e paciente e seja apontado como um dos métodos mais importantes para a aprendizagem e integração de conhecimentos, habilidades e atitudes médicas, não é utilizado para o ensino das disciplinas obrigatórias. Tal método é aplicado apenas durante o Estágio Eletivo em Psiquiatria, deixando assim de participar deste aprendizado, 95% dos alunos do Curso Médico da UFPR.

Observa-se, mais uma vez, o descompasso entre o ensino ministrado na área de Psiquiatria na UFPR e o indicado na literatura consultada, assim como, em relação ao ensino ministrado na UFRGS.

5. No ensino das disciplinas obrigatórias, uma vez que o aluno não participa do atendimento direto ao paciente e nem este atendimento é realizado pelo professor, não ocorre a integração entre as atividades de ensino-aprendizagem e as atividades assistenciais. Desta maneira, não se aplica o “Modelo Docente Assistencial de Educação Médica”, contrariando o proposto na literatura consultada. Conforme acima citado, este modelo é aplicado na UFRGS.

6. Não há referência à utilização de estratégias, consideradas importantes para o ensino de Psiquiatria e da Psicoterapia em particular, como: dramatização, jogos e desempenho de papéis, observação em vídeo, atendimento em sala com espelho unidirecional e outros.

7. Não há referência à aplicação do método de “aprendizagem baseada em problema – ABP”, nem à utilização do professor como tutor. Estas estratégias são bastante citadas e indicadas na literatura atual sobre ensino médico.

Considerando verdadeira a afirmação de CHAVES & ROSA (1990, p. 41):

A pesquisa educacional mostra que a maneira mais eficiente e duradoura de adquirir conhecimento, habilidade, ou atitude, é exercitar ações que exijam tal conhecimento, tal habilidade, ou tal atitude. *Aprender fazendo* é mais eficiente que receber informação passivamente. Assim, a estratégia educacional deve ser o treinamento em serviço, que possibilita a prática de ações de complexidade crescente, conforme as exigências do serviço e do programa de ensino.

Pode-se constatar que as estratégias utilizadas para o ensino de Psiquiatria no Curso de Medicina da UFPR, não satisfazem as exigências atualmente colocadas para o ensino médico.

5.4 ESTRATÉGIAS E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Neste item, será considerado somente a avaliação do aluno que, conforme FUJIMURA (1998, p. 248), constitui parte do vasto campo da avaliação educacional e “tem como finalidade acompanhar os processos de ensino-aprendizagem escolar permitindo aos docentes e aos alunos averiguar se os objetivos educacionais planejados estão se desenvolvendo em rumo traçado, corrigindo-se as eventuais distorções”. Neste mesmo sentido Tyler, citado por SANTOS (1987, p. 156), afirma que a avaliação “é um processo cuja finalidade é verificar até que ponto as experiências de aprendizagem, tais como foram desenvolvidas e organizadas, estão produzindo realmente os objetivos desejados”.

Quando aplicada adequadamente, a avaliação é um extraordinário mecanismo de controle do processo ensino-aprendizagem, pois gera dados que permitem ao professor e aos alunos verificarem se os objetivos propostos estão sendo alcançados e possibilita, quando necessário, redirecionar o processo. A respeito, FUJIMURA (1998, p. 246) ressalta: “A avaliação dos alunos é um dos alicerces basilares do ensino”.

Entretanto, o autor acima comenta, em relação à avaliação, que: “não obstante sua indubitável relevância no processo educacional não tem recebido da parte dos docentes a

atenção devida” (FUJIMURA, 1998, p. 261). Para, ABREU & MASETTO (1997, p. 91) a avaliação, para o professor de ensino superior, é umas das atividades pedagógicas mais difíceis de realizar. Por sua vez, GIL (1997, p. 106-7) afirma que, como tem sido realizada, a avaliação apresenta diversos pontos críticos, dentre os quais cabe destacar:

- provocar situações de ansiedade;
- avaliar apenas aspectos cognitivos, não avaliando habilidades e atitudes;
- apresentar-se, com frequência, desvinculada dos objetivos do curso;
- favorecer a fraude e a especulação com a sorte;
- estimular o espírito de competição;
- não respeitar o saber elaborado pelo aluno;
- desestimular a participação do aluno
- favorecer o ensino e o estudo, apenas, em função da prova.

Buscando sanar essas dificuldades, bem como possibilitar maior interesse, compreensão e aproveitamento do processo de avaliação, ABREU & MASETTO (1997, p. 91-7) apresentam oito pontos que, segundo estes autores, permitem uma visão de conjunto do processo, viabilizando sua adequada utilização. Estes pontos são:

* A avaliação deve ser concebida como parte integrante e fundamental do processo ensino-aprendizagem, possibilitando que o professor e o aluno verifiquem se a aprendizagem está ou não, ocorrendo conforme planejada.

* O processo de avaliação deverá ser contínuo, acompanhando todo o processo de aprendizagem.

* A avaliação deve ser planejada tendo como referência os objetivos propostos para a aprendizagem. Os critérios definidores da avaliação serão os objetivos a serem alcançados.

* A avaliação, como processo contínuo, deverá permitir que o processo de aprendizagem seja continuamente revisto, possibilitando alcançar os objetivos propostos.

* O processo de avaliação deverá estar voltado para o desempenho concreto do aluno na realização das atividades propostas.

* O desempenho do professor e a adequação do plano de ensino também deverão ser avaliados.

* O processo de avaliação exige observação cuidadosa e registro dos desvios constatados, permitindo a correção necessária.

* A avaliação deverá comportar a hetero-avaliação bem como a auto-avaliação.

Diversas técnicas de avaliação estão disponíveis, sendo parte relevante do plano de ensino a escolha daquelas que melhor se adequem a cada situação. Buscando facilitar esta escolha, ABREU & MASETTO (1997, p.98) propõem a seguinte classificação para as técnicas utilizadas na avaliação do desempenho do aluno:

Técnicas que avaliam conhecimentos:

- prova discursiva, dissertação ou ensaio;
- prova oral, entrevista;
- prova objetiva.

Técnicas que avaliam habilidades:

- registro de incidentes críticos;
- lista de verificação;
- prova prática.

Técnicas que avaliam atitudes:

- prova oral, entrevista;
- diário de curso;

- prova discursiva, dissertação ou ensaio;
- registro de incidentes críticos;

Dentre as técnicas apresentadas, as mais utilizadas na avaliação do aprendizado no ensino médico, são as seguintes:

Prova discursiva, dissertação e ensaio – o professor apresenta questões ou temas para serem respondidos ou desenvolvidos pelo aluno. Suas vantagens são: a não dependência exclusiva da memorização; permitir a avaliação do raciocínio, da capacidade de síntese e da clareza de expressão; ser de fácil aplicação e minimizar a possibilidade de “palpite”. Suas desvantagens são: a correção demorada e a interferência do fator subjetivo na interpretação e atribuição de notas (ABREU & MASETTO, 1997, p. 99; FUGIMURA, 1998, p. 251).

Prova oral, entrevista – constitui-se de perguntas e respostas orais. Suas vantagens são: permitir avaliar em profundidade e extensão os conhecimentos; verificar a habilidade de se expressar oralmente e possibilitar inferir a respeito de atitudes. Tem por limitações: a interferência da subjetividade e o fato de não deixar “vestígio” (ABREU & MASETTO, 1997, p. 99 e 100; FUJIMURA, 1998, p. 252).

Prova objetiva – satisfaz critérios de objetividade permitindo que examinadores independentes cheguem a resultados idênticos. Apresenta formas variadas de formular questões: múltipla escolha; falso – verdadeiro; de lacunas e outras. Além da objetividade, sua principal vantagem é a facilidade e rapidez de correção. Como desvantagens apresenta: elaboração trabalhosa; predominância da avaliação de conhecimentos acumulados (memorização); possibilitar o “palpite” e permitir avaliar mais em extensão do que em profundidade (SANTOS, 1987, p. 164-7; ABREU & MASETTO, 1997, p. 100-2; FUJIMURA, 1998, p. 253-5).

Prova prática – o aluno é avaliado enquanto desempenha uma tarefa. Permite a avaliação de habilidades e atitudes. Tem como limitações: necessidade de local e equipamento adequado; longo tempo de aplicação e a interferência da subjetividade. TRONCON (1998, p. 267-71) aponta sua importância e tece considerações sobre a utilização desta técnica de avaliação na área médica.

Registros de incidentes críticos – são relatos objetivos de episódios importantes verificados no desempenho do aluno. Avalia habilidades e atitudes (ABREU & MASETTO, 1997, p. 102-3; FUJIMURA, 1998, p. 255).

Lista de verificação – lista de comportamentos específicos a serem verificados durante a observação do desempenho do aluno. Avalia habilidades (ABREU & MASETTO, 1997, p. 103-4; FUJIMURA, 1998, p. 255-6; TRONCON, 1998, p. 268-9).

Diário de curso – registro diário e conciso das atividades realizadas no curso com uma descrição crítica das reações e atitudes dos alunos. Avalia principalmente atitudes (ABREU & MASETTO, 1997, p. 104; FUJIMURA, 1998, p. 256).

Os procedimentos e as técnicas de avaliação, utilizadas para o ensino de Psiquiatria no Curso de Medicina da UFRGS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 1998), são realizadas ao longo de todo o processo de aprendizado, caracterizando a denominada “avaliação formativa”, como também no final do processo, constituindo a “avaliação somativa”.

As técnicas utilizadas são:

- prova escrita, dissertação ou ensaio – prova escrita, trabalho de revisão bibliográfica, relatório das atividades desenvolvidas acompanhado de auto-avaliação, apresentação de monografia;
- prova oral, entrevista – realização de entrevista;
- prova objetiva – prova teórica objetiva;
- diário de curso – frequência, participação em seminários, participação em atividades práticas, participação nos estudos de casos.

Observa-se, a partir dos dados acima, que o processo de avaliação colocado em prática na área do ensino de Psiquiatria, na UFRGS, mostra-se de acordo com alguns pontos apresentados por ABREU & MASETTO, que possibilitam a adequada utilização deste processo. Entre eles pode-se citar:

- aplicação da “avaliação formativa”, realizada de forma contínua, ao longo de todo o processo de aprendizado;
- utilização de técnicas que permitem avaliar o desempenho concreto do aluno, durante a realização das atividades propostas – diário de curso;
- utilização de técnicas variadas, que permitem avaliar as diversas categorias de objetivos: conhecimentos, habilidades e atitudes;
- emprego de técnica que possibilita a auto-avaliação: relatório das atividades desenvolvidas acompanhado de auto-avaliação;

Em relação ao ensino de Psiquiatria no curso de Medicina da UFPR, o material examinado, relativo ao processo de avaliação, forneceu os seguintes dados:

As disciplinas Saúde mental, Psiquiatria I e II, ministradas no período anterior a reforma curricular, citam a utilização das seguintes técnicas de avaliação:

- prova escrita;
- prova prática – habilidade de entrevista e exame do estado mental;
- avaliação da participação em atividades – conceito grupal, dado ao final de cada aula prática e válido para todos os alunos do grupo.

Após a reforma, as disciplinas ministradas, Psiquiatria III, IV e V, utilizam as seguintes técnicas:

- prova escrita – sendo duas provas para cada disciplina, uma realizada no meio e outra no final do período destinado ao ensino da disciplina. Não há referência se são provas discursivas ou objetivas;
- avaliação de relatório de atividades práticas – relatório escrito feito pelo grupo, devendo constar a descrição do atendimento a um paciente.

O Estágio Eletivo em Psiquiatria, utiliza, para avaliação dos alunos, o seguinte:

- observação de modo contínuo baseado em critérios como: frequência e pontualidade, responsabilidade e ética, interesse e participação, conhecimentos teóricos e capacidade de tomar decisões adequadas e domínio de métodos e técnicas.

Da análise dos dados acima pode-se afirmar:

1. A prova prática e a avaliação da participação em atividades, são duas técnicas de avaliação que possibilitam averiguar habilidades e atitudes e eram citadas como instrumentos, utilizados pelas disciplinas da área de Psiquiatria no período anterior às mudanças curriculares, não o sendo no período posterior às mudanças. Em substituição à aquelas avaliações, após a reforma, nas disciplinas obrigatórias da área constam a utilização da avaliação de relatório de atividades práticas, apresentado por grupos de alunos no final do período letivo. Porém, conforme é descrita acima, esta técnica não possibilita averiguar as habilidades e atitudes dos alunos durante o desempenho das atividades e, sim, averiguar “a posteriori” como um grupo de alunos descrevem, através de relatório escrito, um protótipo de suas atividades.

Neste contexto, as disciplinas obrigatórias, ministradas após a reforma curricular, aplicam técnicas que priorizam a avaliação de conhecimentos, em detrimento da avaliação de habilidades e atitudes.

2. As técnicas utilizadas no período posterior à reforma, pelas disciplinas obrigatórias, não são tidas como técnicas que permitam acompanhar, de modo contínuo, o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem, impossibilitando a utilização da avaliação como parte integrante deste processo.

Em comparação com o ensino de Psiquiatria no curso médico da UFRGS, observa-se que naquele Estado são citadas a utilização de técnicas de avaliação, como prova oral e diário

de curso, que permitem averiguar tanto o aprendizado de conhecimentos, como de habilidades e atitudes, além de possibilitar o acompanhamento contínuo do processo ensino-aprendizagem.

3. Nas disciplinas obrigatórias, ministradas após a reforma, a prova escrita tem sido utilizada como técnica predominante de avaliação e aplicada em, apenas, dois momentos, no meio e no final do período destinado ao ensino da disciplina. Tal conduta não atende aos critérios apontados por ABREU & MASETTO (1997, p. 91-7), impossibilitando a adequada utilização do processo de avaliação.

Assim, conforme vem sendo realizado, se aplicam, ao processo de avaliação do aluno, na área de Psiquiatria da UFPR, as críticas apontadas por GIL (1997, p. 106-7).

4. O Estágio Eletivo em Psiquiatria, freqüentado por 5% dos alunos, utiliza como instrumento de avaliação a observação contínua dos alunos, baseada em critérios especificados. Tal forma de avaliação possibilita avaliar conhecimentos, habilidades e atitudes, de maneira contínua.

5. Não há referência, no ensino da área de Psiquiatria na UFPR, da utilização da auto-avaliação, nem da avaliação, pelo aluno, do professor e/ou do plano de ensino proposto.

De acordo com as observações acima pode-se considerar (conforme item 3) que, no ensino da área de Psiquiatria na UFPR, o processo de avaliação não vem sendo utilizado adequadamente, não atendendo às características apontadas por ABREU & MASETTO (1997, p. 91-7).

Enfim, considerando verdadeira a afirmação: “ Importam menos a organização do currículo e os métodos de ensino; a maneira pela qual se avalia o rendimento acadêmico é que transmite aos estudantes o que, verdadeiramente, se espera deles” (CHAVES & ROSA, 1990, p. 38), pode-se inferir que a avaliação realizada pelas disciplinas obrigatórias, atualmente ministradas na área de Psiquiatria, priorizam, para o aluno, o conhecimento cognitivo, em

detrimento do aprendizado de habilidades e atitudes. Tal postura é contrária ao preconizado atualmente no ensino médico, ou seja, “procurar, na prática educacional, o equilíbrio entre conhecimento, habilidades, valores e atitudes” (CHAVES & ROSA, 1990, p. 41).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da constatação, referida na Introdução deste trabalho, *que no Estado do Paraná , a evolução e o acúmulo de conhecimento, ocorrido na área de Psiquiatria nas últimas décadas, não tem despertado entre os médicos e os estudantes de medicina o mesmo interesse que tem despertado em outros estados do Brasil*, investigou-se, em fontes documentais, o ensino da Psiquiatria no Curso de Medicina da UFPR.

A análise dos dados obtidos indica que o ensino ministrado na área de Psiquiatria no Curso de Medicina da UFPR, quando examinado à luz das concepções atuais sobre o ensino médico e tomando como referência o ensino de Psiquiatria ministrado no Curso de Medicina da UFRGS, apresenta algumas características que merecem considerações.

Essas características foram agrupadas em duas categorias: uma relacionada ao plano de ensino e outra não relacionada diretamente ao plano de ensino. Quanto à última merecem destaque as seguintes características:

- o número reduzido de professores de Psiquiatria na UFPR, apenas 6, enquanto na UFRGS esse número chega a 22;
- o fato da sede do **Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria**, não se situar nas dependências do Hospital de Clínicas de Curitiba, local onde a área de Psiquiatria exerce suas atividades. O **Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal** da UFRGS, está sediado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre;

- a constatação que para o desempenho das atividades de assistência ao doente, a área de Psiquiatria, na UFPR, conta com apenas duas salas (no Hospital de Clínicas), não dispondo de leitos para internamento hospitalar;
- a não existência, até 1998, de curso de pós-graduação em Psiquiatria na UFPR e mesmo no Estado do Paraná, enquanto, a UFRGS oferta curso de pós-graduação em Psiquiatria desde a década de sessenta;
- o fato de apenas 1, entre os 6 professores da UFPR, ter cursado pós-graduação *strictu-sensu*. Na UFRGS mais de 50% do corpo docente cursou pós-graduação *strictu-sensu*;
- não ter sido encontrada referência à formação pedagógica do corpo docente na UFPR, contrariando o que ocorre com o corpo docente da área de Psiquiatria da UFRGS;
- não haver referência a atividades de pesquisa ou a atividades assistenciais desenvolvidas pelo corpo docente de Psiquiatria da UFPR, o que também está em desacordo com o referido na UFRGS.

Os três primeiros itens acima parecem indicar que, na UFPR, a área de Psiquiatria, tanto em relação a contratação de docentes, quanto às condições dadas, a esses, para o desempenho de suas atividades, merece ser repensada. Os dados obtidos sugerem que na UFPR, o **Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria** tem dispensado maior atenção a área de Medicina Forense, em detrimento da área de Psiquiatria.

Os demais itens apontam para dificuldades do próprio corpo docente, o que, pode ser entendido, ao menos em parte, como consequência da sobrecarga e das limitações a que o mesmo está submetido em função do reduzido número de professores.

Em relação a categoria plano de ensino, o pequeno número de docentes, associado à falta de formação pedagógica dos mesmos, talvez possa explicar as características encontradas no ensino de Psiquiatria na UFPR. Dentre essas características pode-se destacar que:

- os **objetivos** a serem alcançados, não foram enunciados de forma clara e precisa, não estando de acordo com as orientações propostas na literatura consultada;
- no **conteúdo** ministrado, foi dada pouca ênfase aos temas relacionados à formação psicológica do médico e aos aspectos sociais e comunitários da Psiquiatria, tal situação contradiz a proposta atual defendida pelos educadores médicos, que é a de formar profissionais com uma compreensão integral do ser humano, nas dimensões bio-psico-social;
- os **métodos e estratégias** de ensino utilizados, não foram condizentes com as propostas atuais para o ensino médico, as quais privilegiam a participação ativa do aluno na construção do aprendizado;
- a **avaliação** realizada, prioriza o conhecimento cognitivo, em detrimento do aprendizado de habilidades e atitudes, não sendo realizada de maneira contínua, integrada ao processo ensino-aprendizagem, conforme proposto pelos autores consultados;
- não foi possível contatar uma adequada integração entre as diversas etapas do plano de ensino, ou seja, entre os **objetivos, conteúdos, estratégias de ensino e estratégias de avaliação**.

Cabe destacar que o plano de ensino de Psiquiatria no Curso de Medicina da UFRGS está, em relação aos tópicos acima, de acordo com o proposto na literatura consultada.

Acredito que os resultados encontrados neste trabalho permitem propor algumas sugestões que poderão contribuir para a melhoria do ensino ministrado na área de Psiquiatria no Curso de Medicina da UFPR, sendo elas:

- aumentar o número de docentes;
- melhorar a formação didático-pedagógica dos docentes;
- estimular os professores para cursarem pós-graduação *strictu-sensu*;
- enunciar de maneira mais adequada os objetivos a serem alcançados pelos alunos que cursam as disciplinas da área de Psiquiatria;
- utilizar estratégias de ensino e avaliação que possibilitem o aprendizado ativo;
- colocar, o mais precocemente possível, o aluno em contato com o paciente, permitindo que o mesmo acompanhe o processo terapêutico, sob supervisão direta do professor;
- ensinar o aluno a utilizar técnicas psicoterápicas que possam ser aplicadas no exercício da clínica geral.

Uma vez que quase não existe investigação que aborde especificamente o ensino de Psiquiatria no Brasil - na UFPR não há relato de investigação anterior nessa área - o tema e as questões levantadas neste trabalho merecem, através de novas pesquisas, receber contribuições e terem seu estudo mais aprofundado, principalmente considerando dois aspectos.

O primeiro diz respeito à metodologia. Neste trabalho os dados foram obtidos, apenas, através do estudo de documentos porém, BATISTA & SILVA (1998, p. 13-6) relatam uma investigação semelhante, utilizando para a obtenção dos dados, além de documentos, a observação direta em sala de aula e entrevistas com professores e alunos. Acredito que a

utilização de técnicas variadas para a obtenção dos dados, possibilitará melhorar a análise e a compreensão do objeto investigado.

O segundo refere-se ao conteúdo da pesquisa. Novas investigações que focalizem problemas específicos do ensino de Psiquiatria, por exemplo: o professor de Psiquiatria, ou o objetivo do ensino de Psiquiatria no curso de graduação, ou estratégias para o ensino de psicoterapia no curso de graduação; possibilitarão uma análise mais profunda do tema proposto.

Embora não tenha sido objetivo deste trabalho, conforme apontado em sua Introdução, relacionar as características do ensino de Psiquiatria no Paraná com o menor interesse despertado pela Psiquiatria nos estudantes e médicos em nosso Estado, parece que estas duas variáveis – qualidade do ensino e interesse existente entre os estudantes e profissionais da área – interagem reciprocamente, pois, quanto menor a qualidade do ensino, menor o interesse despertado; e quanto menor o interesse, menor a qualidade do ensino. Pesquisas futuras poderiam esclarecer melhor esta interação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABREU, M. C. de, MASETTO, M. T. O professor universitário em aula: prática e princípios teóricos. 11.ed. São Paulo: MG Ed. Associados, 1997. 130p.
2. ALEXANDER, F. G., SELESNICK, S. T. História da psiquiatria: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente. 2.ed. São Paulo: Ibas, 1980. 573p.
3. ALVES, E. S. A psiquiatria na Faculdade de Medicina do Paraná. In: COSTA, I. A., LIMA, E. C. O ensino da medicina na Universidade Federal do Paraná. Curitiba: Ed. da UFPR, 1992. p.204-207, 257p.
4. AMARANTE, P. et al. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. 202p.
5. ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Manual de diagnóstico e estatística de transtornos mentais – DSM IV. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 830p.
6. BALLONE, G. J., PENNA CHAVES, P. H. de A. Sinopse de psiquiatria: diagnóstico & tratamento. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1992. 200p.
7. BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
8. BATISTA, N. A. Formação do professor de medicina: desafios e perspectiva. In: MARCONDES, E., GONÇALVES, E. L. Educação Médica. São Paulo: Sarvier, 1998. p.31-39, 409p.

9. BATISTA, N. A., SILVA, S. H. S. O professor de medicina. São Paulo: Edições Loyola, 1998. 181p.
10. BECK, A. et al. Terapia cognitiva da depressão. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 316p.
11. BEENSON, P. B., McDERMOTT, W. (Cecil – Loeb). Tratado de medicina. 13.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1973. 1899p.
12. BITTAR, E. R., MARCONDES, E. Conteúdos: características e propostas. In: MARCONDES, E., GONÇALVES, E. L. Educação médica. São Paulo: Sarvier, 1998. p.95-98, 409p.
13. CAETANO, D., STELA, F. Prevalência da depressão em um centro de atenção primária. J. Bras. Psiq., v.39, n.1, p.5-8, 1990.
14. CAPPELLETTI, I. F. A docência no ensino de 3º grau. In: WANDERLEY, L. E.W. et al. A prática docente na universidade. São Paulo: EPU, 1992. 104p.
15. CASTRO, J. Simpósio – O ensino de Psicologia Médica e Psiquiatria na graduação. 16º Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Comunicação pessoal, 1998.
16. CERVO, A. L., BERVIAN, P. A. Metodologia científica. 2.ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1978. 144p.
17. CHÂTEAU, J. A pedagogia dos jesuítas. In: _____. Os grandes pedagogistas. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1978. p.60-115.
18. CHAVES, M., ROSA, A. R. Educação médica na América: o desafio dos anos 90. São Paulo: Cortez, 1990. 209p.
19. CHIZZOTTI, A. Pesquisa em ciências humanas e sociais. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1998. 164p.

20. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Perfil dos médicos no Brasil: Paraná. Brasília, 1996. v.4.
21. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Perfil dos médicos no Brasil: Rio Grande do Sul. Brasília, 1996. v.2.
22. CORDIOLI, A. V. Psicoterapia: abordagens atuais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 432p.
23. COSTA, I. A., LIMA, E. C. O ensino da medicina na Universidade Federal do Paraná. Curitiba: Ed. da UFPR, 1992. 257p.
24. EY, H. História da psiquiatria. In: EY, H. et al. Manual de psiquiatria. 5.ed. Rio de Janeiro: Masson, 1981. p.57-64, 1257p.
25. FERREIRA, H. A. A situação real do ensino médico no Curso de Graduação em Medicina. Rev. Bras. Educ. Méd., v.20, ed. especial, p.29-30, 1996.
26. FINE, R. A história da psicanálise. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1981. 547p.
27. FRAGA FILHO, C., ROSA, A. R. Temas de educação médica. Brasília: MEC, 1980. 182p.
28. FREUD, S., BREUER, J. Estudos sobre a histeria. In: _____. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v.2. 393p.
29. FUJIMURA, I. Avaliação do aluno. In: MARCONDES, E., GONÇALVES, E. L. Educação médica. São Paulo: Sarvier, 1998. p.248-261, 409p.
30. GAY, P. Freud: uma vida para o nosso tempo. São Paulo: Companhia das letras, 1989. 719p.
31. GIL, A. C. Metodologia do ensino superior. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1997. 121p.

32. HELENA, E. T. S., LIBERATO, F. Estudo dos fatores influentes na escolha da especialização médica. Rev. Bras. Educ. Méd., v.20, ed. especial, p.83, 1996.
33. INÁCIO FILHO, G. A monografia na universidade. Campinas: Papyrus, 1995. 200p.
34. JANICAK, P. G. et al. Princípios e práticas em psicofarmacoterapia. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 540p.
35. JOB, J. R. P., JOB NETO, F. O clínico como cura d'almas: o despreparo para um papel socialmente outorgado, implícito na relação terapêutica médico / paciente. Rev. Bras. Educ. Méd., v.18, n.2, p.70-74, 1994.
36. KALIL, M. E. X. et al. Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde. São Paulo: Hucitec, 1991. 237p.
37. KAPLAN, H. I. Tendências históricas e teóricas na psiquiatria. In: KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J. Compêndio de psiquiatria dinâmica. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984. p.1-20, 943p.
38. KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J., GREBB, J. A. Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 7.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 1169p.
39. KAUFMAN, A. Teatro pedagógico: bastidores da iniciação médica. São Paulo: Ágora, 1992. 143p.
40. KOLB, L. C. Origens da psiquiatria. In: _____. Psiquiatria clínica. 8.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1976. p.1-5, 646p.
41. _____. Psiquiatria clínica. 9.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980. 685p.
42. KOMATSU, R. S. et al. Aprendizagem baseada em problemas. In: MARCONDES, E., GONÇALVES, E. L. Educação médica. São Paulo: Sarvier, 1998. p.223-237, 409p.

43. KRASILCHIK, M. Planejamento educacional: estruturando o currículo. In: MARCONDES, E., GONÇALVES, E. L. Educação médica. São Paulo: Sarvier, 1998. p.5-10, 409p.
44. LAKATOS, E. M., MARCONI, M. de A. Metodologia do trabalho científico. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1992. 214p.
45. LAKATOS, E. M., MARCONI, M. de A. Técnicas de pesquisa. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996. 231p.
46. LANDMANN, J. Política nacional de saúde. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1980. 158p.
47. LEMGRUBER, V. Psicoterapia breve integrada. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 112p.
48. LERNER, L. A. A pedagogia médica. Rev. Bras. Educ. Méd., v.20, ed. especial, p.178-182, 1996.
49. LOUZÃ NETO, M. R. et al. Psiquiatria básica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 485p.
50. LOWENKRON, T. S. Psicoterapia psicanalítica breve. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 339p.
51. LÜDKE, M., ANDRÉ, M. E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99p.
52. LUNA, S. V. de. Pesquisa, docência e produção. In: WANDERLEY, L. E. W. et al. A prática docente na universidade. São Paulo: EPU, 1992. p.99-104, 104p.
53. MACHADO, M. M. Ensino médico. Rev. Médicos, v.1, n.1, p.6-11, 1998. Entrevista.
54. MARCONDES, E. et al. A proposta do currículo nuclear. In MARCONDES, E., GONÇALVES, E. L. Educação médica. São Paulo: Sarvier, 1998. p.174-186, 409p.

55. MARLATT, A. G., GORDAN, J. R. Prevenção de recaída: estratégia de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 501p.
56. MASCARETTI, L. A. S. Estratégias de ensino: considerações gerais. In: MARCONDES, E., GONÇALVES, E. L. Educação médica. São Paulo: Sarvier, 1998. p.187-188, 409p.
57. _____. Exposição dialogada, técnicas de trabalho em grupo, estudo dirigido e outras técnicas. In: MARCONDES, E., GONÇALVES, E. L. Educação médica. São Paulo: Sarvier, 1998. p.238-244, 409p.
58. MASETTO, M. T. Discutindo o processo ensino / aprendizagem no ensino superior. In: MARCONDES, E., GONÇALVES, E. L. Educação médica. São Paulo: Sarvier, 1998. p.11-19, 409p.
59. MASSAD, E. et al. O universo da informática e o ensino médico. In: MARCONDES, E., GONÇALVES, E. L. Educação médica. São Paulo: Sarvier, 1998. p.211-222, 409p.
60. MATHIAS, L. A. da S. T. et al. Recursos audiovisuais. In: MARCONDES, E., GONÇALVES, E. L. Educação médica. São Paulo: Savier, 1998. p.193-210, 409p.
61. MAYER-GROSS, W. et al. Psiquiatria clínica. 3.ed. São Paulo: Mestre Jou, 1976. 973p.
62. MEZZAROBÀ, L. Avaliação educacional na área de saúde. Rev. Bras. Educ. Méd., v.20, n.2/3, p.27-31, 1993.
63. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Orientações para funcionamento e supervisão dos serviços de saúde mental. Brasília, 1990.
64. NISKIER, A. Educação brasileira: 500 anos de história. 1500 – 2000. São Paulo: Melhoramentos, 1989.
65. NOBRE DE MELO, A. L. Psiquiatria. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981. 589p.

66. NOGUEIRA, H. E. A educação médica e o país real. Rev. Médicos, v.1, n.1, p.30-37, 1998.
67. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados primários de saúde. 1978.
68. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 351p.
69. PAIM, I. Tratado de clínica psiquiátrica. 2.ed. São Paulo: Lech, 1980. 567p.
70. _____. Primórdios da psiquiatria no Brasil. In: _____. Tratado de clínica psiquiátrica. 2.ed. São Paulo: Lech, 1980. p.1-18, 567p.
71. PEDRA, J. A. Currículo, conhecimento e suas representações. Campinas: Papirus, 1997. 120p.
72. PILETTI, N. História da educação no Brasil. 6.ed. São Paulo: Ed. Ática, 1996. 183p.
73. RIBEIRO E. C. de O. Ensino / aprendizagem na escola médica. In: MARCONDES, E., GONÇALVES, E. L. Educação médica. São Paulo: Sarvier, 1998. p.40-49, 409p.
74. RUDIO, F. V. Introdução ao projeto de pesquisa científica. 20.ed. Petrópolis: Vozes, 1996. 120p.
75. SANTOS, J. O. Educação médica: filosofia – valores – ensino. Salvador: Arembepe, 1987. 249p.
76. SANTOS FILHO, L.C. A medicina no Brasil. In: FERRI, G. M., MOTOYAMA, S. (org.). História das ciências no Brasil. São Paulo: EDUSP, 1981. v.1: p.191-217.
77. SEVERINO, A. J. Metodologia do trabalho científico. 19.ed. São Paulo: Cortez, 1993. 250p.
78. SOBRAL, D. T. Três casos de inovação curricular no panorama recente (1964-1988) da educação médica brasileira: subsídios de um retrospecto baseado na revisão de documentos. Rev. Bras. Educ. Méd., v.15, n.1/3, p.11-17, 1991.

79. _____. Visão construtiva da pesquisa em educação médica. Rev. Bras. Educ. Méd., v.17, n.2, p.28-31, 1993.
80. _____. Efeitos da mudança curricular: características do aprendiz e desfechos da aprendizagem. Rev. Bras. Educ. Méd., v.20, n.1, p.15-20, 1996.
81. SOUZA, P. N. P. de. LDB e ensino superior: estrutura e funcionalismo. São Paulo: Pioneira, 1997. 223p.
82. TALBOTT, J. et al. Tratado de psiquiatria. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 1003p.
83. TAPAJÓS, R. Os objetivos da educação médica. In: MARCODES, E., GONÇALVES, E. L. Educação médica. São Paulo: Sarvier, 1998. p.69-94, 409p.
84. TRONCON, L. E. de A. Avaliação terminal dos graduandos em medicina: a experiência da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP. In: MARCONDES, E., GONÇALVES, E. L. Educação médica. São Paulo: Sarvier, 1998. p.262-272, 409p.
85. UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Coordenadoria Geral de Bibliotecas. Normas para publicações da UNESP. São Paulo: Ed. da UNESP, 1994. 4v.
86. UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Biblioteca Central. ~~Normas para a~~ apresentação de trabalhos. 6.ed. Curitiba: Ed. da UFPR, 1996. 8v..
87. _____. Conselho de Ensino e Pesquisa. Resolução nº 33 / 81 de 8 de outubro de 1981. Fixa o currículo pleno do Curso de Medicina, do Setor de Ciências da Saúde. Curitiba, 1981.
88. _____. Conselho de Ensino e Pesquisa. Resolução nº 27 / 87 de 22 de dezembro de 1987. Estabelece o elenco de disciplinas do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria, do Setor de Ciências da Saúde. Curitiba, 1987.
89. _____. Conselho de Ensino e Pesquisa. Resolução nº 30 / 90 de 6 de Setembro de 1990. Estabelece normas básicas para a implantação, reformulação ou ajuste curricular dos

cursos de graduação, bem como para aprovação de elencos de disciplinas dos departamentos. Curitiba, 1990.

90. _____. Conselho de Ensino e Pesquisa. Resolução nº 08 / 90 de 23 de março de 1990. Estabelece o elenco de disciplinas do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria, do Setor de Ciências da Saúde. Curitiba, 1990.
91. _____. Conselho de Ensino e Pesquisa. Resolução nº 109 / 92 de 18 de dezembro de 1992. Periodização do Curso de Medicina, do Setor de Ciências da Saúde. Curitiba, 1992.
92. _____. Conselho de Ensino e Pesquisa. Resolução nº 31 / 94 de 13 de maio de 1994. Fixa o currículo pleno do Curso de Medicina, do Setor de Ciências da Saúde. Curitiba, 1994.
93. _____. Conselho de Ensino e Pesquisa. Resolução nº 38 / 94 de 20 de maio de 1994. Estabelece o elenco de disciplinas e práticas profissionais do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria, do Setor de Ciências da Saúde. Curitiba, 1994.
94. _____. Pró-Reitoria de Graduação. Avaliação do currículo do curso de medicina: a experiência da UFPR. Curitiba, 1992.
95. _____. Pró-Reitoria de Graduação. Reestruturação do currículo de medicina II. Curitiba: Ed. Serena, 1992.
96. _____. Setor de Ciências da Saúde. Coordenação do Curso de Medicina. Catálogo de Disciplinas do Curso de Medicina. Curitiba, 1981.
97. _____. Setor de Ciências da Saúde. Coordenação do Curso de Medicina. Currículo novo do Curso de Medicina. Curitiba, 1994.
98. _____. Setor de Ciências da Saúde. Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria. Plano Departamental – 1997. Curitiba, 1997.

99. _____. Setor de Ciências da Saúde. Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria.
Disciplina de Psiquiatria I. Plano de Ensino – Ficha nº 1 e nº 2: 1982, 1989. Secretaria do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria.
100. _____. Setor de Ciências da Saúde. Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria.
Disciplina de Psiquiatria I. Programa de Ensino: 1990, 1991, 1992, 1993, 1994. Secretaria do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria.
101. _____. Setor de Ciências da Saúde. Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria.
Disciplina de Psiquiatria II. Plano de Ensino – Ficha nº 1 e nº 2: 1989. Secretaria do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria.
102. _____. Setor de Ciências da Saúde. Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria.
Disciplina de Psiquiatria II. Programa de Ensino: 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1996. Secretaria do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria.
103. _____. Setor de Ciências da Saúde. Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria.
Disciplina de Psiquiatria III. Plano de Ensino – Ficha nº 1 e nº 2: 1993. Secretaria do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria.
104. _____. Setor de Ciências da Saúde. Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria.
Disciplina de Psiquiatria III. Programa de Ensino: 1994, 1995, 1996. Secretaria do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria.
105. _____. Setor de Ciências da Saúde. Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria.
Disciplina de Psiquiatria IV. Plano de Ensino – Ficha nº 1 e nº 2: 1993. Secretaria do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria.
106. _____. Setor de Ciências da Saúde. Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria.
Disciplina de Psiquiatria IV. Programa de Ensino: 1995, 1996, 1997, 1998. Secretaria do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria.

107. _____. Setor de Ciências da Saúde. Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria. Disciplina de Psiquiatria V. Plano de Ensino – Ficha nº 1 e nº 2: 1993. Secretaria do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria.
108. _____. Setor de Ciências da Saúde. Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria. Disciplina de Psiquiatria V. Programa de Ensino: 1996. Secretaria do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria.
109. _____. Setor de Ciências da Saúde. Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria. Disciplina de Saúde Mental. Plano de Ensino – Ficha nº 1 e nº 2: 1989. Secretaria do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria.
110. _____. Setor de Ciências da Saúde. Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria. Disciplina de Saúde Mental. Programa de Ensino: 1990, 1991, 1992, 1993. Secretaria do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria.
111. _____. Setor de Ciências da Saúde. Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria. Estágio Eletivo em Psiquiatria. Plano de Ensino – Ficha nº 1 e nº 2: 1997. Secretaria do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria.
112. _____. Setor de Ciências da Saúde. Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria. Estágio Eletivo em Psiquiatria. Programa de Ensino: 1997. Secretaria do Departamento de Medicina Forense e Psiquiatria.
113. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal. <http://www.hcpa.ufrgs.br/psiq>, 1998.
114. VANZOLINI, M. E. A aula expositiva. In: MARCONDES, E., GONÇALVES, E. L. Educação médica. São Paulo: Sarvier, 1998. p.189-192, 409p.

115. VASCONCELOS, M. L. M. C. O profissional liberal-docente e sua qualificação. In: _____. A formação do professor de terceiro grau. São Paulo: Pioneira, 1996. p.35-46.
116. WACHOWICZ, R. C. Universidade do mate: história da UFPR. Curitiba: APUFPR, 1983.
117. YUDOFISKY, S. C., HALES, R. E. Compêndio de neuropsiquiatria. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 486p.
118. ZIMERMAN, D. E. A formação psicológica do médico. In: MELLO FILHO, J. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p.64-69, 385p.
119. ZIMMER, L. P. et al. Currículo oficial e currículo paralelo na Faculdade de Medicina da UFRGS. Rev. Bras. Educ. Méd., v.17, n.3, p.26-28, 1993.